Ueber

Hysterie beim Manne.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät

der

Kaiser - Wilhelms - Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Karl Kaufmann

Arzt

aus Wertheim a. M.

STRASSBURG

Buchdruckerei C. Goeller, Magdalenengasse 20.

1891.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Fürstner.

Meinen teuern Eltern

in dankbarer Liebe

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0081

I.

Wenn wir heutzutage von Hysterie beim Manne sprechen, so sind wir derart gewöhnt, uns unter Hysterie eine vom Geschlechte unabhängige, beiden Geschlechtern zukommende nervöse Erkrankung vorzustellen, dass wir uns des offenkundigen ethymologischen Widerspruchs, der im Worte liegt, gar nicht mehr bewusst werden.

Diese Auffassung der Hysterie als einer Erkrankung des Nervensystems stellt wissenschaftlich wie humanitär einen bedeutenden Fortschritt gegenüber der früheren dar und ist im wesentlichen die Errungenschaft unseres Jahrhunderts. Schon Hippokrates kannte die merkwürdige Krankheit; er ist auch einer der ersten, der für sie eine Erklärung zu geben suchte, die freilich dem damaligen Stande der Medicin entsprechend war. Wie schon der Name, den er der Krankheit gab, sagt, war seiner Meinung nach der Uterus der Urheber sämmtlicher hysterischer Erscheinungen: er ist ein belebtes Tier, mit Empfindung, Geruch und Geschmack begabt, fähig, sich an alle möglichen Stellen des Körpers zu begeben. Auch Plato nennt den Uterus ein Tier, das mit aller Gewalt empfangen wolle, und welches wüthend werde, wenn es nicht empfange. Was war natürlicher,

als dass man die vielerlei Sensationen und Schmerzen der Hysterischen einfach auf den Uterus zurückführte, der sich in seinem Verlangen nach Feuchtigkeit von seiner natürlichen Stelle wegbegeben und an irgend einem Organe des Körpers festgesogen habe. Freilich konnte den späteren Jahrhunderten, als die anatomischen Kenntnisse weiter fortgeschritten waren, die Unmöglichkeit einer so weitgehenden Ortsveränderung des Uterus nicht verborgen bleiben. Doch aber war und blieb er der Urheber aller jener Leiden.

Die Periode, in der die Hysterischen für dämonischen Einflüssen Unterworfene galten, können wir füglich bei unserer Betrachtung übergehen, da sie wissenschaftlich durchaus unfruchtbar ist, und wenden uns sofort der Zeit zu, in welcher allmählich, freilich unter grossen Schwankungen und schweren Kämpfen, sich die jetzt herrschende Ansicht von der Natur der Hysterie als einer Erkrankung des Nervensystems Bahn zu brechen begann. Wenn ich zu Anfang behauptete, diese Ansicht sei erst eine Errungenschaft unseres Jahrhunderts, so ist dies natürlich nur dahin zu verstehen, dass es erst unserem Jahrhunderte gelungen ist, diese Anschauung siegreich durchzuführen. In der That reichen die Anfänge bis ins 16. Jahrhundert zurück. Der erste, der die alte Theorie aufgab und einen andern Sitz für die Erkrankung zu finden sich bemüht hatte, war Lepois[1]). Er verlegt ihn ins Gehirn und konnte deshalb auch zu dem Satze kommen: Hysterica symptomata fere omnia viris cum mulieribus sunt communia. Wir sehen, ist einmal der Schritt gethan, die Hysterie nicht mehr absolut von pathologischen Zuständen des Uterus abhängig zu machen, so liegt kein Hindernis mehr vor, auch bei Männern nach ähnlichen Symptomen zu suchen, und dass sie schon damals gefunden wurden, zeigt obiger Ausspruch Lepois's. Ihm schlossen sich

[1]) Vergl. Amann, Ueber den Einfluss der weiblichen Geschlechtskrankheiten auf das Nervensystem etc. Erlangen 1668.

Willis, Seydenham, Highmore, Stahl u. A. an. Aber kein Fortschritt dringt ohne zähen Widerstand der Anhänger einer älteren, tief eingewurzelten Richtung durch; so auch hier. Noch Luyer-Villermay hält in seinem Traité des maladies nerveuses et vaporeuses, Paris 1816 [1]) den Uterus und die geschlechtliche Enthaltsamkeit für die exclusive Ursache der Hysterie, und dass auch später noch diese Anschauung ihre Anhänger hatte, geht sowohl aus den in Villermay'schem Sinne sich bewegenden Erklärungsversuchen, wie aus einer Anzahl von Gegenbeweisen, die man bis zur Mitte unseres Jahrhunderts zu liefern für nöthig fand, hervor. Um nur einige zu nennen, äussert z. B. Dr. Grive nach Anführung eines Falles von Hysterie (Liverpol. Journ. 1834 [2]) die Ueberzeugung, dass nicht Krankheiten des Uterus allein Hysterie verursachen, dass auch Frauen, deren Geschlechtsfunction nicht gestört sei, an Hysterie leiden könnten und dass endlich dieselben Erscheinungen in grossen Städten bei Männern nicht selten gesehen würden. Aus der gleichen Zeit ungefähr stammt eine Arbeit J. Robertons [3]), in der er an der Hand zweier Fälle von männlicher Hysterie für die Auffassung einer vom Geschlechte unabhängigen Erkrankung eintritt.

Zuweit würde es führen, wollte man alle einzelnen Theorien, die während der letzten Jahrzehnte aufgestellt wurden, auch nur anführungsweise behandeln. Im Grunde sind es zwei Fehler, in denen sich die Vertreter der älteren Richtung stets bei ihren Erklärungsversuchen bewegen; entweder halten sie an der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Hysterie fest und kommen natürlich keinen Schritt über die alte Anschauung hinaus, oder sie gehen zwar weiter, erklären

[1]) Amann, l. c., S. 54.

[2]) Ref. in Schmidt's Jahrb. der ges. Medic. Bd. 35.

[3]) London med. Gaz. Vol. XV., 1835. Ref. in Schm. Jahrb. Band 9.

die Hysterie für eine Erkrankung des Nervensystems, beschränken sie aber durchaus auf's weibliche Geschlecht, sei es nun, dass sie dessen leichter erregbarem Nervensystem oder seinem vom Intellect, wie sie glauben, weniger beherrschten Gefühlsleben die Schuld geben. Eine Mittelstellung nehmen jene ein, die die Hysterie zwar als Neurose, aber als eine vom Genitalapparate ausgehende Neurose betrachten. Von letzteren ist namentlich zu nennen Landouzy (Traité complet de l'Hystérie) und Romberg, dessen Theorie einer von Genitalreizung ausgehenden Reflexneurose seiner Zeit viele Anhänger fand.

Wie gesagt, man hatte versucht, Gegenbeweise gegen die fehlerhaften Theorien zu bringen, und mit jedem Jahre wurden die Stimmen lauter, die dem Uterus, mag er normal oder pathologisch verändert sein, nicht mehr Einfluss auf die Entstehung der Hysterie zuschrieben als jedem andern Organe des menschlichen Körpers. Verfolgen wir dies im einzelnen, so sehen wir allmählich sich die zwei Gegensätze herausbilden, die heute die Forscher auf dem Gebiete der Hysterie in zwei Lager scheiden. Ein Teil der Gelehrten (Charcot, Mendel u. a.) hält nämlich die hysterischen Symptome für die Folgen gestörter Function des Nervensystems, die Hysterie also für eine allgemeine functionelle Neurose, wobei sie allerdings der Psyche einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Gestaltung des Gesammtkrankheitsbildes einräumen. Die andere Anschauung (Strümpell, Bernheim, Möbius) stellt die Psyche in den Vordergrund und führt sämmtliche hysterische Erscheinungen auf Störungen der psychischen Functionen des Gehirns zurück.

So sagt Charcot,[1]) nachdem er vorher betont, wie beim grossen hysterischen Anfalle die vier Perioden

[1]) Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, übersetzt von Dr. S. Freund. S. 260.

oft mit der Regelmässigkeit eines Mechanismus folgen: „Es giebt eine andere wichtige Thatsache in der Lehre von den Neurosen im Allgemeinen und von der Hysterie im Besondern, welche beweist, dass diese Affectionen durchaus nicht etwa in der Pathologie eine besondere Classe bilden, welche von andern als den gemeinen physiologischen Gesetzen beherrscht wird, nämlich die, dass ihre Symptomatologie sich immer — und häufig in innigster Weise — der Symptomatologie anschmiegt, welche an die Erkrankungen mit materiellen Läsionen geknüpft ist. Und diese Aehnlickheit geht oft so weit, dass sie die Diagnose aufs äusserte erschwert.

So ist die Uebereinstimmung überraschend zwischen der gewöhnlichen Anæsthesie der Hysterischen und der, welche von einer organischen Herderkrankung abhängt. Im Grunde ist es in beiden derselbe Symptomencomplex. Dieselbe Aehnlichkeit besteht zwischen der spasmodischen Paraplagie der Hysterischen und der durch organische Läsion des Rückenmarks verursachten (Muskelschwäche und Steifigkeit, Steigerung der Sehnenreflexe, Erhaltung der Muskelmassen). Gerade diese Aehnlichkeit, welche den Kliniker mitunter in Verlegenheit bringt, muss dem Pathologen zur Belehrung gereichen, um hinter dem gemeinsamen Krankheitsbild die Identität der anatomischen Localität zu erkennen, und mutatis mutandis die dynamische Läsion in jenen Ort zu verlegen, auf den die Untersuchung der entsprechenden organischen Läsion hingewiesen hat. Und damit hätten wir wieder erkannt, dass die Principien, welche in dem Reiche der Pathologie herrschen, auch für die Neurosen Geltung haben, und dass man auch bei diesen trachten muss, die klinische Beobachtung durch anatomische und physiologische Denkweisen zur Vollendung zu bringen". Ebenso sagt er in einer Abhandlung über einen Fall von Monoplegie aus traumatischer Ursache[1]): „Es handelt sich hier nicht um

[1]) Charcot, [l. c. S. 260].

eine Destruction, um eine organische Herdläsion, wie in den verschiedenen Hypothesen, die wir eben der Reihe nach geprüft haben, vorausgesetzt wurde. Es kann nur eine jener Läsionen in Betracht kommen, welche sich unseren gegenwärtigen anatomischen Untersuchungsmethoden entziehen und für die man übereingekommen ist, den Namen „dynamische“ oder funktionelle Läsionen in Ermangelung eines besseren zu gebrauchen“. Dass Charcot den psychischen Einfluss nicht unterstützt, dafür spricht eine andere Stelle[1]) im oben citierten Werke, die hier ebenfalls im Wortlaute angeführt werden mag: „Wenn wir uns auf den Boden dieser Hypothese stellen, (dass nämlich der psychische Zustand, der sich in Folge der Aufregung, des nervösen Shocks, während des Unfalls entwickelt und denselben auch eine Zeit lang überdauert, gewissermassen die Hypnose aufwiege,) dürfen wir annehmen, dass jene eigenthümliche Empfindung in dem vom Schlage betroffenen Gliede, über die sich unsere Hysterischen beklagen (Gefühl von Eingeschlafensein Schwere und Schwäche im betreffenden Gliede). zur Vorstellung von einer Lähmung des Gliedes Anlass giebt und können ferner vormuten, dass eine Empfindung der gleichen Art und Intensität bei den zwei hysterischen Männern in Folge des Sturzes auf die Schulter zu Stande gekommen ist, und bei ihnen dieselbe Wirkung wie bei den hysterischen Frauen gethan hat. In Folge der Trübung des Jchs, die in dem einen Falle die Hypnose, in dem anderen, wie wir voraussetzen, der nervöse Shock mit sich bringt, würde nun diese einmal aufgetauchte Vorstellung sich im Geiste der Kranken festsetzen, daselbst jeder Beeinflussung entzogen erstarken und endlich mächtig genug werden, um sich objectiv durch eine Lähmung zu verwirklichen. Die fragliche Empfindung hätte so in beiden Fällen geradezu die Rolle einer Suggestion gespielt.“

[1]) Charcot, l. c, S. 289.

Die zweite Auffassung, von der oben die Rede war, finden wir unter anderen auch in Strümpell's Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten mit grosser Entschiedenheit vertreten. Dort heisst es: „Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, welche sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern ebenso auch auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen. Dabei liegt aber der Ausgangspunkt der Störung in letzter Hinsicht u. E. stets auf psychischem Gebiete, wenn auch, wie wir später sehen werden, der Anlass zu der psychischen Veränderung oft genug in materiellen Vorgängen zu suchen ist."

Auch Möbius[1]) erklärt die Hysterie für eine Psychose. Nach ihm ist dabei die wesentliche primäre Veränderung ein krankhafter Zustand der Seele. Da aber die Hysterie, so fährt er ungefähr fort, besonders bei Männern ohne nachweisbare Störungen der seelischen Thätigkeiten im engeren Sinne vorkommt, so kann das wesentliche Kennzeichen derselben nicht in psychischen, sondern nur in somatischen Symptomen gesucht werden. Und von diesen körperlichen Symptomen sagt er: Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellung bewirkt sind. Die Vorstellung wirkt dabei als eigentliche Ursache, nicht etwa als Motiv, wie sie es z. B. bei der Katatonie Verrückter thut; der Vorgang aber, durch welchen die Vorstellung Lähmung oder sonstiges bewirkt, liegt ausserhalb des Bewusstseins, der Kranke weiss also nicht, wie er zur Lähmung kommt.

[1]) Möbius, Ueber den Begriff der Hysterie. Centralbl. f. Nervenkr. 1888. Ref. in Schm. Jahrb. Band 218.

Für die Hyponose sucht Freud[1]) die Gegensätze, wie sie sich am schärfsten in der Charcot'schen und Bernheim'schen Schule aussprechen, auszugleichen. Sollte dasselbe nicht auch für die Hysterie gelingen? Es ist doch das Streben der neueren Psychiatrie, alle psyshisch-pathologischen Zustände auf krankhafte Veränderungen des den psychischen Functionen dienenden Substrats zurückzuführen. Für die reinen Psychosen ist dieser Nachweis einer materiellen Veränderung bis jetzt bekanntlich noch nicht gelungen. Liegt es nicht nahe, in solchen Fällen eine functionelle oder dynamische Veränderung anzunehmen? Und dies einmal angenommen, was steht dann der Vorstellung eines Weitergreifens dieser dynamischen Veränderungen auf den nervösen Bahnen im Wege? Begünstigt wird eine solche Vorstellung noch durch die neuerdings gemachten Angaben von trophischen Störungen in Folge hysterischer Lähmungen. Babinski[2]), der die ersten derartigen Fälle anführt und bespricht, macht auf die täuschende Aehnlichkeit dieser Muskelatrophien mit solchen, die zuweilen bei organischen Hirnlæsionen beobachtet werden, aufmerksam. In beiden Fällen handle es sich um eine modification dynamique des cornes antérieures, nur dass dieselbe im letzteren Falle einer organischen, bei der Hysterie von einer dynamischen Hirnstörung abhänge. Ausserdem spricht für die Verwandtschaft beider Zustände, der Psychosen und der Neurosen, eine Reihe anderer Zustände, so z. B. die Beobachtung, dass an Psychosen leidende Eltern häufig hysterische Kinder eszeugen, wie auch oft umgekehrt psychisch Kranke in der Anamnese mit Neurosen behaftete Eltern aufweisen. Auch die Erscheinungen bei

[1]) Vergl. Freud's Vorrede zu Bernheim's »Die Suggestion und ihre Heilwirkung«. 1888.

[2]) Babinski, De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. Archiv des Neurol. XII., 88. Ref. in Schm. Jahrb. Bd. 212.

gewissen Intoxicationen sprechen dafür: das eine Mal können sie sich vollständig und ausschliesslich auf die Psyche beschränken, während in anderen Fällen deutliche Symptome der Hysterie danach auftreten.

Wie mir scheint, darf also der Unterschied zwischen Psychose und Neurose nicht principiell aufrecht erhalten werden; will man aber an den Unterschieden als symptomatischen noch weiter festhalten, so wird es wohl das Richtigste sein, die Hysterie als Neuropsychose zu bezeichnen, um eben damit anzudeuten, dass beides, Psyche wie Nervensystem, an der Erkrankung beteiligt sind, eine Bezeichnung, die übrigens Professor Jolly schon seit längerer Zeit für die Hysterie gebraucht.

Mit dieser Definition ist zugleich auch die Möglichkeit des Vorkommens der Hysterie bei beiden Geschlechtern ohne Unterschied ausgesprochen. Es fragt sich nur, ob sich vielleicht doch gewisse Unterschiede in dem Krankheitsbilde bei beiden Geschlechtern nachweisen lassen. Dass sie, falls sie wirklich vorhanden sind, nicht principieller Natur sein werden, das liegt auf der Hand, wohl aber könnten den mehr oder minder anders gestalteten socialen wie physiologischen Verhältnissen beider entsprechend gewisse Erscheinungen beim einen fehlen, oder auch nur schwächer ausgebildet sein wie beim andern.

Von diesem Gesichtspuncte aus habe ich sämmtliche Fälle von männlicher Hysterie, soweit sie mir aus Schmid's Jahrb. der gesammten Medicin seit 1834 zugänglich waren, verfolgt, und werde dieselben je nach ihrem Interesse im Auszug oder dem Wortlaute nach anführen. In gleicher Weise soll über die von Charcot in seinen „neuen Vorlesungen", sowie von Bernheim in seinem Werke: „Die Suggestion und ihre Heilwirkung" mitgeteilten Fälle männlicher Hysterie berichtet werden. Endlich mag es mir gestattet sein, die Geschichte eines hysterisch erkrankten Mannes, den ich durch die Güte des Herrn Professor

Jolly zu beobachten Gelegenheit hatte, folgen zu lassen. Es soll dann meine Aufgabe sein, an der Hand dieser Krankengeschichten den obengenannten Gesichtspunct näher zu beleuchten.

II.

1. Hysterie bei einem Manne, von Dr. Grive; Liverpool. Journ. V., 1834. Ref. in Schmidt's Jahrb. Band 8.

Ein junger kräftiger Mann erlitt öfters Anfälle, in welchen er sich krampfhaft umherwarf, um sich schlug und seine Kleider zu zerreissen suchte. Dabei war der Kopf zurückgebogen, die Augen starr, die Pupillen erweitert, aber gegen Licht empfindlich. Respiration unregelmässig, mit Seufzern untermischt, Puls voll und hart, kein Schaum vor dem Munde. Aderlass von 16 Unzen, Tinct. valer. mit Spirit. sulf. æther; einige leichte Anfälle kamen am selben Tage wieder, blieben aber später ganz aus.

2. Ueber Ursache und Wesen der Hysterie, von J. Roberton. London med. Gaz. XV., 1835. Schm. Jahrb, Bd. 9.

Es werden 2 Fälle von männlicher Hysterie angeführt:

a) Ein junger Mann, dessen Schwester an Hysterie leidet, wurde in Folge unerwarteter Ueberhäufung mit Geschäften von Kopfschmerzen, Præcordialangst, Ab-

spannung, Globulus, Flatulenz und Unordnung der Darmfunction befallen. Der Kopfschmerz bildete Paroxysmen, die durch ein eigenthümliches Gefühl vom Magen angekündigt und durch Genuss von Speisen gewöhnlich verhindert wurden. Heilung durch Befreiung von den Geschäften, Luftveränderung etc.

b) Mann von blassem, magerem Aussehen, dessen hysterische Tante behauptet, er leide am „Familienübel", hat öfters Anfälle von Globulus hystericus mit Gefühl der Erstickung, vermindertem Appetit, Neigung zur Verstopfung und entleert zur Zeit solcher Anfälle grosse Mengen hellen Urines.

3. Taubheit in Folge eines insultus epileptico-hystericus entstanden bei einem 28jährigen Manne. Schm. Jahrb., III. Supplément. 1842.

Pat., 28 J. alt, zu Verstopfung geneigt, hatte hie und da etwas Blutspeien und litt ausserdem bei starken Gemütsbewegungen, zu denen sein sehr reizbares Temperament und eine an Hysterie grenzende Nervenstimmung ihn sehr geneigt machte, wiederholt an Convulsionsanfällen. Dabei sank er zusammen, wurde tüchtig durchgeschüttelt, zwischendurch schluchzte er laut, verlor vollkommen die Besinnung und kam, meist mit Eintritt eines Weinkrampfes wieder zur Besinnung. Dauer 5—10 Min. Danach war Patient angegriffen, erholte sich aber rasch. Während des Sommers, wo Patient in Geschäften reiste und mehr Wein trank als sonst, befand er sich stets wohl. Herbst 1837 bekam er wieder einen Anfall, der aber heftiger war und länger dauerte als je und vorwiegend in starken tonischen und clonischen Krämpfen mit abwechselndem Seufzen, Stöhnen, Keuchen, Aufschreien und anhaltendem Brüllen bestand. Dauer 4—5 Stunden; dabei war Pat. vollständig besinnungslos. Danach stellte sich starke Hyperæsthesie des ganzen Nervensystems, speciell der Bauchhaut ein. Puls klein und matt, Uebelkeit etc. Am Morgen trat gelinde Schwerhörigkeit auf, die später in vollständige

Taubheit überging, naeh 10—14 Tagen jedoch unter einer tonisierenden und ableitenden Behandlung gänzlich verschwand.

4. Zwei Fälle von Hysterie beim Manne. Ref. in Schm. Jahrb. B. 38.

a) von Alfred Smec (London. med. Gaz. 1842).

S. wurde am 25. Dezember 1840 zu einem 26jähr. Bankdiener gerufen, den er bewusstlos antraf. Er war plötzlich, ohne vorausgegangene Excesse in Bacho zusammengefallen. Pat. warf den Kopf herum und stöhnte, die Circulation war nicht gestört. Nach dreiviertelstündiger Dauer des Stupors erhob sich Pat. und lachte convulsivisch. Er wurde darauf mit kaltem Wasser begossen, namentlich Kopf und Brust, wobei er lachte und sich herumwarf, der Kopf war sehr heiss. Das Lachen ging nach einer Stunde in convulsives Geschrei über; allmählich wurde Pat. ruhiger, nach 3 Stunden stellte sich das Bewusstsein wieder ein.

Pat. ist schlank und schwach, sehr nervenreizbar, leicht zu erschrecken, plaudert, lacht, singt im Schlafe, geht auch umher. Derselbe Pat., welcher sonst ziemlich mässig lebte, bekam ein Jahr darauf, nachdem er etwas mehr getrunken hatte und geneckt worden war, denselben Anfall wieder, der auf die gleiche Weise beseitigt wurde.

b) von Itanger (Lond. med. Gaz. 1842).

Der Anfall bestand in Convulsionen mit Bewusstlosigkeit, kehrte oft wieder und wurde endlich dadurch verhütet, dass man den Kranken glauben machte, er müsse beim nächsten Anfalle mit glühenden Eisen gebrannt werden.

5. Hysterischer Schreikrampf; Coupierung der Anfälle durch grosse Dosen von Chin. sulf.; von Dr. B. Meyer, Berlin. Schm. Jahrb. B. 84.

M. 17 Jahre alt, war nie krank, aber durch unzweckmässige Erziehung schwächlich.

Während der Schulstunden trat am 11. März 1853 nach leichtem Schwindel ein Schreikrampf mit Zittern und heulendem Schluchzen auf. Am nächsten Morgen wiederholte er sich und von da ab bis zum 24. III. kamen täglich 40 solcher Anfälle, die nur in isolierten Expirationskrämpfen ohne Beteiligung andrer Muskelgruppen bestanden. Die Pausen waren anfangs frei, später zeigte sich gesteigerte Sensibilität. Nach und nach traten auch in den benachbarten Muskeln, Kopf und Arm, Krämpfe auf. Ende März im ganzen Körper. Bewusstsein ungetrübt. Das Uebel dauerte so über ein Jahr, Pat. magerte ab und litt auch in den Pausen an andern hysterischen Erscheinungen. Seit Dezember folgte jedem Schreikrampfe ein kurzer, trockener Husten mit blutigem Auswurf. Da jede Behandlung (Bäder, Narcotica) erfolglos war, wurde Patient am 28. IV. 54 in die Charité aufgenommen und gab dort an, dass er seit einigen Wochen ein deutliches Vorgefühl der Anfälle habe: rieselnde Kälte von den Füssen zum Kopf, dazu treten nach und nach Schwindel, Kopfschmerz und Herzklopfen. Als sich ein solches Vorgefühl einstellte, bekam Pat. 2×12 gr. Chin. sulf.: die Krämpfe blieben 4 Wochen aus; danach bei wieder eintretendem Vorgefühl wieder 2×10 gr. mit ähnlichem Erfolge. Daneben kräftige Diæt, Turnen, Bäder etc. Pat. sieht jetzt blühend aus.

6. Rélation sur une épidémie d'hystero-démonopathie per Contanz. Paris 1862. Schm. Jahrb. B. 119.

Die Epidemie herrschte in Morzines, befiel namentlich junge Mädchen, aber auch männliche Individuen. Die Erkrankung machte namentlich häufig beim männlichen Geschlechte (älteren Personen) einer Melancholie Platz. Sie wurde durch teils psychische, teils hygienische Massregeln rasch beseitigt, trat aber 1864, also 2 Jahre später, zum zweiten Mal auf. Unter den 125 damals Erkrankten war ein männlicher Patient von 32 Jahren. Die Erscheinungen waren Excitation, Selbstmord- und

Teufelsideen, clonische und tonische Krämpfe, Hallucinationen, lautes Sprechen und Schreien.

Die Epidemie wurde durch dieselben Mittel dauernd beseitigt.

7. Fall von Hysteria virilis von Bonaventura Celli. Il Morgapri X. 5. & 6. 1869. Schm. Jahrb. B. 147.

Unter dem Einfluss von Gemüthsbewegungen waren bei einem schwächlichen, unverheirateten Barbier von 31 Jahren, der weiblichen Habitus bot, Krampfanfälle aufgetreten. Bereits 2 Male, vor 7 und 5 Jahren, hatten psychische Einwirkungen — heftiger Schreck über Einberufung zum Militär — Convulsionen gleichzeitig mit Ergrauen der Haare hervorgerufen.

Die jetzigen Paroxysmen begannen unter Ausstossen eines durchdringenden Schreis, verliefen in wenigen Minuten ohne Trübung des Bewusstseins unter der Form des Opistotonus und wiederholten sich täglich 6—7 mal. Schmerzhaftigkeit des Epigastriums und erhöhte Empfindlichkeit der atrophischen Hoden, zur Zeit der Anfälle bestehend, steigerten sich vor Beginn dieser und es vermochte Druck auf die Hoden einen vollständigen Anfall hervorzurufen. Unter Anwendung von Narceïn, Eisen und kalten Bädern erfolgte Herstellung. In der Familie des Pat. bestand kein Nervenleiden.

8. Die neueren Arbeiten über Anæsthetica; von Dr. A. Köhler. Schm. Jahrb. B. 151.

Ein 19jähriger Arbeiter, berichtet Reed, hatte sich Januar 1860 erkältet und Heiserkeit, Empfindlichkeit des Halses und Vergrösserung der Submaxillardrüsen zugezogen. Im Dezember desselben Jahres bestand complete Sprachlosigkeit, geringe Anschwellung der linken Mandel und Rigor der Unterkiefermuskeln bei sonst ungestörtem Allgemeinbefinden. Der rigiden Beschaffenheit der Muskeln wegen wurde Patient chloroformirt; dabei zeigte sich ein überraschender, augen-

blicklich eintretender Heilerfolg. Die seit 8 Monaten verloren gegangene Sprache fand sich sofort wieder ein und blieb auch erhalten, wiewohl sich binnen 8 Tagen vielen Sprechens wegen etwas Heiserkeit ausbildete. Pat. kann leicht in Furcht gesetzt werden.

9. Beiträge zur Lehre von der Addison'schen Krankheit; v. Dr. Meissner, Leipzig. Schm. Jahrb. B. 154.

Ein Fall von Hysterie mit Chromhidrose:

Ein 25 jähriger Mann litt seit c. 11 Jahren an alle 10—11 Wochen wiederkehrenden epileptischen Krampfanfällen, die vorübergehende Halbseitenlähmung, oder Lähmung des Geschmackes oder Auges zur Folge hatten. Anfang 1868 trat Harnverhaltung ein mit völliger Ischurie, worauf mehrtägige Polyurie folgte. Später stellten sich Neuralgien in Brachial- und Supraorbitalnerven, im Plexus solaris sowie circumscripte Hyperæsthesien an Nase, Augenlid, Ohr, Thorax und Unterleib ein, eines Morgens auch ein 3 Tage lang anhaltender, ohne Behandlung verschwindender Hydrops. Juni 1868 wurde Pat. halbseitig gelähmt und bekam auf der gelähmten Seite profuse Schweisse. Diese waren anfangs geruchlos, später trüb mit schwärzlichem Sedimente und ammoniakalischem Geruche. Nach 4 Tagen liess diese Ephidrose nach und machte einer Amaurose mit Ischurie wieder Platz.

Am 20. II. 69 zeigt Pat. bei der Aufnahme in die Augenklinik zu Verona heftige Schmerzen in Aug und Stirn, venöse Hyperæmie des Augenhindergrundes und Trübung der papilla nervi optici, Mangel jeder Lichtempfindung. Körper gut genährt, Haut erdfahl, an der Aorta Blasegeräusche. Nach Bromkalibehandlung verschiedenes Schwanken der Sehkraft. Am 27. liessen die Schmerzen nach, dafür trat Hyperæsthesie der Nasenwurzel, Augenlider und Jochbogengegend auf, rechts mehr wie links; dabei Schmerz bei Druck auf den letzten Lendenwirbel. Später Empfinden von

Würmern in den hyperæsthetischen Gegenden. Durst ohne Fieber. Darauf bemerkte Pat. rötliche Tropfen von Augenlidern und Nasenwurzel rechterseits austreten, worauf der Schmerz nachliess (reichlich Blutkörperchen unter dem Mikroskope). Dies dauerte bis zum 2. April (von c. 30. III. an). Am 2. IV. entstand Schmerz und Schwellung des linken Hodens, bis am 5. IV. statt dessen die blutigen Schweisse und die Hyperæsthesie der Augenlider wiederkehrte. Am 9. IV. liess sie nach, dafür stellte sich Entralgie, Erbrechen und Globus hystericus ein. Am 14. war das Gesicht wiederhergestellt, alle Erscheinungen schwanden, sodass Pat. am 5. V. geheilt entlassen werden konnte.

10. Vier Fälle von Anodynie; v. Jul. Kreuse. Schm. Jahrb. B. 123.

K. behauptet, der Begriff der Hysterie müsse in der Pathologie mit dem der Anodynie verknüpft werden; letztere aber ist, wie Ref. mit Recht bemerkt, nur ein Symptom. Es sind 2 Fälle von männlicher Hysterie darunter:

a) 33jähriger kachektischer Musiklehrer, hatte schon seit 6 Monaten an Migraine, Magenkrämpfen und Erbrechen (Schleim und Galle, c. $1^1/_2$ Stunden lang) gelitten. Anodynie besteht in der Herzgrube und an der Zungenspitze, dagegen Hyperæsthesie der rechten Kopfhälfte.

b) 62jähriger Handelsmann, Israelit, hatte seit 4 Monaten das Gefühl, als ob ihm ein Bissen im Magen liege, war verstimmten Gemütes und war vor Kurzem von einem mehrere Stunden dauerndem Krampfanfall bei vollkommenem Bewusstsein, ähnlich dem Schütteln beim kalten Fieber, ergriffen worden. Druck auf die Herzgrube ist nicht schmerzhaft, dagegen besteht Schmerzhaftigheit in den Hypochondrien. Bei einem weiteren Anfalle treten auch Schlundkrämpfe hinzu. Das Schmerzgefühl der Brust- und Bauchhaut ist vermindert. Da

nach 2 Monaten die Convulsionen gemildert waren, wurde er auf seinen Wunsch entlassen.

11. Anfälle von Hysterie in ungewöhnlicher Form, mit Muskelataxie alternierend und mit Somnambulismus compliciert; von Dr. Michéa. Gaz. des Hôp. 103 u. 104. 1865. Schm. Jahrbuch B. 128.

Pat. ist 17 Jahre alt, nervösen Temperaments und von zarter Constitution; früh entwickelt und weit vorgeschritten in seinen Studien, aber körperlichen Bewegungen abhold.

Am 13. XII. 61 klagte er über Kopfschmerzen, zu denen Schluchzen und nach einigen Tagen Constrictionsgefühl im Halse trat; auch stellte sich gegen Ende desselben Monats Behinderung der Bewegung bis zur Unmöglichkeit zu gehen oder zu stehen ein. Am 3. I. 62 hatte Pat. Krampfanfälle, einen Morgens 7 Uhr — Dauer 1 Stunde — und einen Abends 6 Uhr von etwas längerer Dauer. Von da an kehren diese Anfälle in jeder Beziehung genau so wie die ersten wieder. In der anfallsfreien Zeit kann sich Pat. nicht erheben, nicht stehen und gehen. $^1/_2$ Stunde vor Beginn zeigt sich Kopfschmerz, Unruhe, Ungeduld und Stirnrunzeln. Der Anfall selbst beginnt mit einem dumpfen Schrei, ähnlich dem Bellen, die Zunge wird vorgestreckt, und nun werden mit ausgezeichneter Kraft und Gewandtheit die erstaunlichsten Sprünge und Capriolen vollführt. Diese Bewegungen haben nicht immer dieselbe Intensität; sind sie mässig, so spricht Pat. mit seiner Mutter, bisweilen zornig und ungeduldig, sie stets mit Madame anstatt wie sonst mit Mama anredend. Am Ende klagt er regelmässig über Kopfschmerzen. Erinnerung an das während des Anfalles Erlebte besteht nicht. Am 6. I. 62 sah M. den Pat. zum ersten Male. Pat. lag im Bette mit vollständigem Bewusstsein, der linke Arm zitterte stark, geringe Kopfschmerzen. Puls 76, regelmässig. Pat. kann sich nicht erheben, nicht gehen oder sich aufrecht halten, nur sitzend oder knieend kann er

letzteres. Im Bette liegend bewegt er beide Extremitäten ganz leicht. Die rechte Hand so stark wie die linke. Rechterseits besteht Anæsthesie der behaarten Kopfhaut, der Nase und Lippenkommissuren, desgleichen an der rechten Hand Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten; Anodynie und Verlust des Muskelsinnes im rechten Arm. Die linke Seite ist normal. Während des Anfalls ist das Gesicht ungeschwächt, das Gehör sehr fein. Heilung unter dem Gebrauch von baldriansaurem Atropin und später von Schwefeldouchen.

12. Hysterischer Krampfanfall bei einem Manne, von J. B. Mathison. Pil. med. and surg. Reporter XXVII. 1872. Schm. Jahrb. B. 157.

M. wurde eilig zu einem jungen Manne von 20 Jahren gerufen, der in wildem activem Delirium um sich schlug und dabei solche Kraft entwickelte, dass drei Mann ihn kaum halten konnten. Nachdem Pat. am Nachmittag über Kopfschmerzen geklagt, war er kurz nach Zubettegehen mit einem Schrei aus dem Bette gesprungen; dann hatte eine Reihe von Krampfanfällen begonnen, welche mit heftiger Tobsucht wechselten. Dabei schnappte Pat. nach Luft, griff nach seiner Kehle, wie wenn er dort ein Hinderniss entfernen wollte, schrie und raufte sich die Haare aus. Die Convulsionen hörten nach 2 Injectionen von Morphium auf; am nächsten Morgen erwachte Pat. völlig gesund, bis auf etwas Kopfschmerzen, die jedoch durch ein Senfpflaster ins Genick rasch beseitigt wurden.

13. Hysterischer Anfall bei einem Manne, behandelt und geheilt durch Compression der Testikel; von Dr. Foet. Gaz. hebd. 2. Sér. XI. 74. Schm. Jahrb. B. 166.

Ein Mann war in scheinbar apoplectischem Zustande gefunden worden; Mund halb offen, ohne Schaum, Lider fast geschlossen, Kopf nach links gedreht, Respiration beschleunigt, Leib aufgetrieben, Puls klein. Zeitweilig machte der bewusstlose Pat. mit der Hand Bewegungen nach dem Halse, wie wenn er einen ihm lästigen Druck dort beseitigen wollte. Die Haut war un-

empfindlich. Bei der Pupillenuntersuchung wurde plötzlich das Gesicht verzerrt, der Hals schwoll an, die Zähne knirschten, in Armen und Beinen traten heftige Convulsionen auf. F. drückte jetzt die Hoden des Pat., und in nicht ganz einer Minute war der Anfall vorüber. Pat. blieb noch eine Stunde schwer besinnlich, dann erzählte er, dass er manchmal an bohrenden Schmerzen in den Schläfen leide und vor dem Bewusstloswerden einen unbezwinglichen Gähnkrampf gehabt habe. Gaumen und Uvula sind vollständig anästhetisch. Tags darauf arbeitete Pat. wieder.

Ueber Hysterie beim Manne; Dr. Bonnemaison (Archiv général, 6. Sér. XXVI. 1875) und Rochet (Gaz. des Hôp. 61. 1876). Schm. Jahrb. B. 175.

a) 72 Jahre alter Hagestolz, von kräftigem Bau, aber nervöser Constitution. Seine Mutter litt vom 76. bis zum 81. Jahre (†) an ähnlichen Anfällen wie er selbst; ein Bruder ist äusserst hypochondrisch und liegt schon seit drei Jahren freiwillig zu Bette. Pat. hatte vor 12 Jahren Anfälle, die sich 3 Jahre hindurch täglich wiederholten und in der Nacht mit Aufschrecken, bei Tag mit abnormen Sensationen in der Herzgrube begannen. Letztere stiegen längs des Sternums, bis zum Munde, worauf der Patient einige Minuten schrie, bellte oder miaute, andremale sinnlose Worte wiederholt vor sich hersagend mit den Armen wie ein Trommelschläger um sich schlug oder herumtanzte. Die Anfälle dauerten $^1/_4$ bis 1 Stunde und schlossen mit der Entleerung einer reichlichen Menge klaren Urins oder mit einem Thränenerguss. Das Bewusstsein blieb dabei ungetrübt, nachher bestand keine Ermüdung, nur zürnte Pat. heftig über sich selbst. Befinden sonst gut; Pat brauchte zuerst eine Wasserkur ohne Erfolg, dann blieb er nach Besuch von Ussat-les-Bains 8 Jahre von Anfällen verschont.

März 1874 trat nach Grippe Flatulenz, Verstopfung und Magenkrampf bei ihm auf und daraus entwickelten

sich rasch wieder die Anfälle. Sie beginnen mit Globus: der Schmerz steigt längs des Sternums znm Munde, darauf heftige Bewegungen des Zwerchfelles und Kehlkopfs — Schluchzen, Aufstossen, eigenthümliches Schreien —, der Mund spitzt sich wie zum Pfeifen, die Zunge schnalzt, endlich klappen die Zähne heftig aufeinander. Zu anderen Zeiten bestehen die Anfälle in Clavierspiel-, Trommler- und Fliegbewegungen, begleitet von Schreien und Heulen, wieder andere Male in Schluchzen und Ausstossen unzusammenhängender Worte. Während des Anfalls ist die Haut vorwiegend von Stirn, Brust und Herzgrube hyperästhetisch. Den Schluss der Anfälle bildet wieder reichliche Absonderung von Harn oder Thränen. Die Intelligenz ist ungestört, die Stimmung hypochondrisch und reizbar. Die Anfälle traten täglich auf und dauerten mit Erhaltung des Bewusstseins 12 Stunden. Im übrigen ist das Befinden gut; nach einem Aufenthalt in oben genanntem Bade und unter Chloralbehandlung verlieren sich die Anfälle, erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit bleiben jedoch zurück.

b) Dr. Rochet wurde nachts zu einem jungen Manne von 18 Jahren gerufen, welcher von starken Convulsionen befallen sich unter heftigen Bewegungen der Extremitäten herumwarf; dabei waren die Kinnladen fest zusammengepresst, kein Schaum vor dem Munde. Nach kurzen Ruhepausen stiess Pat. einen Schrei aus, womit der neue Anfall begann. Pat. klammerte sich an Alles, was in seiner Nähe war, fest an; die Respiration war beschleunigt, das Bewusstsein erhalten. Dauer 5 Stunden, danach tiefer Schlaf. Am Morgen war Pat. ganz verständig, wusste aber nichts von dem, was während der Nacht vorgefallen. Pat. war sonst gesund; sein Leiden hatte mit Appetitlosigkeit und Erbrechen begonnen. Die Anfälle traten anfangs nur regelmässig während des Tags, später regelmässig alle 2 Stunden in halbstündiger Dauer auf. Pat. klagte dann über Globus, Schmerzen im Abdomen und Be-

klemmenheit der Brust. Die Körperhaut, sowie die Schleimhaut von Mund- und Nasenhöhle waren während des Anfalls unempfindlich.

Später änderte sich das Bild. Pat. sprang plötzlich im Bette empor, lief gesticulierend im Zimmer umher, darauf ging er wieder zu Bett und es erfolgte extremster Opistotonus. Mit einem Schlage verschwand der Zustand, begann jedoch bald von Neuem.

Am 28. Tage der Erkrankung stellte sich ein somnambuler Zustand ein, die convulsivischen Anfälle traten zurück. Ein Landaufenthalt bekam gut; nach 2 Monaten jedoch kamen die Anfälle nach reichlichem Genuss von Spirituosen wieder, aber weniger heftig und gingen in deutlichen Somnambulismus aus.

Unter dem Gebrauch von Bromkali und Douchen, sowie nach Regelung der Lebensweise erfolgte endlich völlige Heilung.

15. Hysterische Muskelcontractionen; von Dr. Houmond; Chicaco, Journal of nerv. and mental dis. IV. 1877. Schm. Jahrb., Bd. 175.

Ein 32jähriger Zeitungsschreiber wurde H. zugeführt, der angeblich seit 8—10 Tagen an rechtsseitiger Facialislähmung litt. Es stellte sich jedoch heraus, dass nicht eine rechtsseitige Lähmung, sondern eine linksseitige Contraktur bestand. Pat. war von nervöser Constitution; die Contractur war nach einer heftigen Gemütsaufregung entstanden und ging unter Behandlung mit Zinc. brom. in einer Woche vollständig zurück.

16. De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques; par J. Babinski. Archive de Neurol. XII. 1886. Schm. Jahrb., Bd. 212.

a) Ein 21jähriger Jude, Sohn einer geisteskranken Frau, von jeher Anfällen von Jähzorn unterworfen und unstät, hatte den Feldzug nach Tonkin mitgemacht und war dort an der linken Schläfe verwundet worden, wonach er 24 Stunden bewusstlos geblieben und 4 Tage verwirrt gewesen, dann aber mit einer linksseitigen Ptosis zur

Besinnung gekommen war. Seit jener Zeit litt er an Schmerzen in der linken Kopfhälfte, wurde auch schlaflos und gedächtnissschwach. Sein Zustand hatte sich schon, wie es schien, gebessert, als er eines Tages plötzlich bewusstlos umfiel und am andern Morgen mit completer Lähmung und Anæsthesie des linken Armes erwachte. Die Lähmung war bald eine schlaffe, bald standen die Finger in Extension oder in Flexion starr. Nach Application von Zinkplatten wanderte die Anæsthesie vorübergehend auf die rechte Seite. Etwa acht Tage nach der Lähmung begann der Arm abzumagern, auch das linke Bein wurde allmählich schwach. Es stellten sich Krampfanfälle, vorübergehende Aphonie und Retentio urinæ ein.

In der Salpétrière fand man etwa 2 Monate nach Eintritt der Lähmung: Complete Lähmung des linken Armes von den Schultern bis zu den Fingern, welch' letztere extendirt und starr sind; diffuse Atrophie des Armes, im wesentlichen durch Abnahme des Muskelvolums bedingt und am deutlichsten am Oberarm ausgesprochen; keine fibrillären Zuckungen, keine E. A. R. Complete Anæsthesie der von der Lähmung betroffenen Teile, mit Ausnahme der Palmarseite der Hand und Finger, an welchen, wie an der ganzen linken Körperhälfte und an den linken Sinnesorganen, nur eine Verminderung der Empfindlichkeit nachzuweisen war. Steigerung der Sehnenreflexe auf der linken Seite, geringe Schwäche des linken Beines — Wade rechts 35, links 34. — Sowohl von selbst als nach Druck auf bestimmte Stellen (7. Halswirbel, Augen) traten hysterische Anfälle ein, deren Character verschieden war. Bald stürzte der Kranke bewusstlos um und bildete sofort den Kreisbogen, kam dann nach Druck auf die Supraorbitalgegend sofort zu sich; bald waren die Anfälle mehr epileptiform mit nachfolgendem Delirium. Dem Niederfallen ging das Gefühl einer aufsteigenden Kugel voran. Nach dem Anfall wurde wiederholt Stummheit beobachtet.

Am 27. II. Massage des rechten Arms, nach 5 Minuten Wiederkehr der Sensibilität des linken Handrückens, dann Anfall mit nachfolgender Stummheit; Wiederholung der Massage. Anfall, Wiederkehr der Sprache. Am 4. III. Massage („Flagellation") der rechten Schläfe; nach einigen Minuten erscheint die Sensibilität erst in den Fingern, dann in der Hand, endlich im ganzen linken Arm. Zum ersten Male wird im Anschluss an passive Bewegungen active Beweglichkeit der linken oberen Extremität constatiert; der Arm wurde zitternd erhoben. Die Besserung hielt an; durch tägliche Wiederholung der Flagellation der rechten Schläfengegend nehmen Empfindlichkeit und Beweglichkeit zu. Am 13. III. war der Umfang beider Beine gleich, die Differenz der Oberarme betrug 2 ctm.

Am 25. IV. wurde notiert: Bestand der Motilität seit länger als einem Monat; die Schultern sind weniger abgeplattet als beim Eintritt des Kranken. Deltoideus, Pectoralis, Supra- und Infraspinatus haben an Wölbung zugenommen. Differenz der Oberarme 1 ctm.

b) 34jähriger Haarkünstler mit neuropatischer Belastung, hatte in seiner Kindheit an Krämpfen, mit 18 Jahren an einer plötzlich auftretenden Hemianästhesie und Hemiplegie ohne Beteiligung des Gesichtes gelitten. Während der 6 Monate bestehenden Lähmung waren zahlreiche hysterische Krämpfe aufgetreten, die schliesslich zwar verschwanden, im 25. Jahre jedoch wiederkehrten. Mit 24 Jahren war Pat. nach einem Schlage auf die linke Kopfhälfte bewusstlos geblieben und nach 4 Stunden mit linkseitiger Hemiplegie, ohne Beteiligung des Gesichts und sensitivo-sensorieller Hemianästhesie erwacht. Der linke Hoden war druckempfindlich, die Sehnenreflexe links herabgesetzt. Während mehrerer Monate bestand complete Hemiplegie unter Entwickelung deutlicher Atrophie, ohne E. A. R. Unter dem Einflusse eines Magneten kehrte die Motilität zum Teil zurück und trat Transfert der Anästhesie ein. Seitdem

verschwand allmählich die Lähmung und Atrophie, immerhin blieb der linke Arm schwach und um 1—2 cm. dünner wie der rechte.

Es folgen noch 4 ähnliche Beobachtungen; in allen handelte es sich um Männer.

17. Sur un cas d'atrophie musculaire et osseuse du membre supérieure gauche, résultant d'une monoplégie hystéro-traumatique chez un adolescent; par A. Chauffard, Gaz. hebd. XXIII. 1886. Schm. Jahrb., Bd. 212.

Ein 19jähriger Jüngling, Sohn einer nervösen Mutter, war im 14. Jahre beim Stelzenlaufen auf die ausgestreckten Hände gefallen, ohne sich eine nachweisbare Verletzung zuzuziehen. Seitdem entwickelte sich lebhafter Schmerz und zunehmende Schwäche des linken Arms, nach 8 Tagen vollständige Lähmung desselben. Der Arm war in Contractur und überempfindlich. Ein Jahr lang blieb der Zustand unverändert; dann trat bei Beginn einer galvanischen Kur an Stelle der Starrheit Erschlaffnng ein, der Arm wurde anästhetisch. Von nun an blieb der Zustand im Gleichen, bis nach 3jähriger Dauer die Lähmung durch die Massage eines Kurpfuschers in ca. 8 Tagen beseitigt wurde.

Nach langer, in vollkommener Gesundheit verbrachter Zeit stiess Patient mit dem Kopfe an eine Thüre, bekam danach heftige Kopfschmerzen und andauerndes, reichliches Nasenbluten. Ch. fand den Kranken bleich und schwach, an der linken Brustdrüse und zwischen den Schulterblättern bestanden überempfindliche Stellen, das Gesichtsfeld war eingeengt, das ganze Verhalten das eines Hysterischen. Der linke Arm war schmächtiger und kürzer als der rechte, seine Muskeln, besonders die der Schultern und Hand deutlich atrophisch. Es waren keine fibrilären Zuckungen und keine Sehnenreflexe am linken Arme nachzuweisen.

Ueber die Entwickelung der Atrophie gab Pat. an, sie habe sich viele Wochen nach Eintritt der Lähm-

ung entwickelt, sei zu hohem Grade gelangt und während der Dauer der Lähmung unverändert geblieben. Nach der Heilung habe sie abgenommen und etwa nach $1^1/_2$ Jahren sei der Zustand erreicht worden, welcher zur Zeit der Untersuchung bestand.

18. De l'apoplexie hystérique, par M. Debove. Gaz. hebd. S. XXIII. 1886. Schm. Jahrb., B. 212.

Ein 31jähr. Mann war ohne nachweisbare Ursache, als er vom Mittagstisch aufstehen wollte, für 12 Stunden bewusstlos geworden und war danach 2 Stunden lang complet linksseitig gelähmt gewesen. Am nächsten Tag fand sich noch eine deutliche Parese und Hemianæsthesie (Haut, Muskeln und Sinnesorgane). Nach Anlegung eines Magneten trat vorübergehend Transfert ein und im Verlauf einiger Tage war nach wiederholter Application des Magneten die Lähmung beseitigt.

19. Cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme. Leçon de M. Charcot, Prorgr. méd. S. V. 1887. Schm. Jahrb., Bd. 213.

Ein 29jähr. Mann, aus nervöser Familie stammend, war, als er einen kleinen Wagen zog, von einem andern Fuhrwerke erfasst und auf den Fussweg geschleudert worden; anscheinend unverletzt, aber bewusstlos in's Spital verbracht, lag er 5—6 Tage bewusstlos. Nach seinem Erwachen war er zunächst ohne Erinnerung an den Unfall, bildete sich aber später ein, die Räder des fremden Wagens seien über seinen Körper hinweggegangen. Obwohl dies nachgewiesener Massen nicht der Fall war, liess er doch nicht von seinem Glauben; ja, zu wiederholten Malen soll er im Schlaf Worte ausgestossen haben, aus welchen zu schliessen war, dass er im Traum den Unfall in der von ihm für wahr gehaltenen Weise durchlebte.

Von Anfang an behauptete er, er fühle seine Beine wie tot und konnte dieselben auch nur mit grosser Mühe bewegen; ferner klagte er über Kopfschmerzen, litt an wiederholtem reichlichen Nasenbluten und zeigte auf der rechten Seite des Rumpfes Ekchymosen. Da er

nach seiner Entlassung in seiner Wohnung einen Krampfanfall bekam, wurde er von Neuem in's Krankenhaus gebracht, blieb hier zunächst 8 Tage bewusstlos, dann 2 Tage lang sprachlos, und nun entwickelte sich rasch eine vollständige Lähmung beider Beine.

In der Salpétrière war Patient schweigsam, in sich versunken und traurig, sein Gedächtnis zeigte verschiedene Lücken und seine Urteilskraft war entschieden geschwächt. Er klagte über sehr schmerzhaften Kopfdruck, über Klopfen in den Schläfen, Sausen in den Ohren und über erschreckende Träume. Der linke Mundwinkel wurde durch einzelne zuckende Bewegungen in die Höhe gezogen, die Kopfhaut war überempfindlich. An den Händen bestand leichtes Zittern, die Beine waren fast gelähmt, sodass Pat. nur mit Unterstützung stehen, gar nicht gehen konnte; dabei keine Steigerung der Sehnenreflexe. Sowohl die Haut als die tiefen Teile der Beine waren unempfindlich, und zwar reichte diese Anæsthesie bis zum obern Rande des Beckens, verschonte aber die Geschlechtsteile und die Gegend des os sacrum. Ueberdies fand sich Unempfindlichkeit des Schlundes, Geschmack- und Geruchlosigkeit, Abstumpfung des Gehörs und concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Zuweilen traten Anfälle auf, welche aus Schmerz in einer Weiche, Gefühl einer bis zum Halse aufsteigenden Kugel, Erstickungsnot und Klopfen in den Schläfen bestanden und oft durch Nasenbluten beendigt wurden.

Zunächst änderte sich der Zustand des Kranken wenig, allmählich aber wurden die Anfälle zu hysterischen Krampfanfällen, bei diesen wurden die Beine nicht bewegt. Dies blieb ungefähr 10 Monate so; da bewegte der Pat. einmal während eines Anfalls die Beine und nach dem Anfalle konnte er, erst schwankend, dann sicher gehen, die Störungen der Sensibilität, sowie die gemütliche Verstimmung blieben jedoch trotz des Verschwindens der Lähmung.

20. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique, par E. Brissandet P. Marie. Progrès méd. S. V. 1887. Schm. Jahrb. B. 213.

Gegen die Lehre, dass bei der hysterischen Hemiplegie das Gesicht nicht gelähmt werde, sind von verschiedenen Seiten Zweifel erhoben worden. Dass Verziehungen des Gesichts und der Zunge auch bei hysterischen Lähmungen vorkommen können, ist sicher; damit ist aber nicht gesagt, dass Lähmung die Ursache der Verziehung sei. B. und M. haben 2 hierher gehörige Beobachtungen gemacht; beide Male handelte es sich um Männer mit zweifellos hysterischer Hemiplegie; bei dem einen bestand auf der nicht gelähmten Seite eine krampfhafte Contractur der die Oberlippe hebenden Muskeln, die Zunge wurde schief, nach der nicht gelähmten Seite zu herausgestreckt. Bei dem anderen bestand Krampf der die Unterlippe herabziehenden Muskeln auf der Seite der Lähmung; die Zunge wich nach der Seite der Lähmung ab. Der tonische Krampf wurde zeitweise von Zuckungen unterbrochen. Beim Blasen entwich die Luft vorzeitig auf der Seite des Krampfes, nicht auf der der scheinbaren Lähmung; das Abweichen der Zunge nach der Seite des Krampfes war ein excessives, die Stellung der Zunge bizarr. Es bestand also in diesen Fällen nicht nur nicht Lähmung des Facialis, welche man bei oberflächlicher Untersuchung hätte annehmen können, sondern ein für Hysterie geradezu charakteristischer Krampf.

21. Ein Fall von Taubstummheit bei einem Hystero-epiliptiker, von E. Mendel. Neurol. Centralbl. VI. 1887. Schm. Jahrb. B. 215.

Ein 51jähriger Glaser, welcher seit dem 29. Jahre an verschiedenen nervösen Zufällen, Krämpfen und Contracturen gelitten hatte, war im März 1886 nach einem Krampfanfall 14 Tage lang taubstumm geworden. Seit dem Tage war er vom Vormittag bis zum andern Morgen taubstumm und konnte nur von etwa 6 bis 9 Uhr früh

sprechen und hören. In beiden Ohren fanden sich Reste alter Mittelohrentzündungen, die Wahrnehmung von Tönen war während der Taubheitszeit nur in geringem Grade erhalten. Im Kehlkopf fand sich eine Infiltration des linken Stimmbandes; Pat. sprach deswegen frühe mit belegter Stimme, aber deutlich. Die Stummheit während des übrigen Tages zeigte die bekannten Charactere der hysterischen Stummheit. Der rechte Arm stand in Flexionscontractur; ausserdem waren verschiedene hysterogene Zonen sowie Anästhesie des Rachens vorhanden. Das Verhalten des Pat. war verständig, er entledigte sich seiner Geschäfte während des Tages schriftlich.

22. Ueber Paramyoclonus multiplex. Schm. Jahrb. B. 217.

Es mag vorausgeschickt werden, das Ref., wie es überhaupt der neueren Auffassung entspricht, alle Fälle von P. unter die Hysterie gerechnet wissen will.

a. Om Paramyoclonus of E. A. Homen. Finska läkaresällsk. handl. XXIX. 1887.

Bei einem 45jährigen Bauern ohne erbliche Anlage, dessen Vater jedoch dem Trunke ergeben gewesen, waren schon seit dem 16. Jahre, in welchem er nach einem Schreck von Krämpfen befallen worden war, unfreiwillige Zuckungen, zunächst in den Oberschenkeln, dann in den Armen, mitunter auch im Gesicht aufgetreten. Diese Zuckungen nahmen zeitweise zu, dann wieder ab und steigerten sich bei Bewegung oder Erregung so, dass Pat. seit einem Jahre keine mechanische Arbeit verrichten konnte. Pat. konnte sie nur durch Genuss von Branntwein unterdrücken, den er aber nie übertrieben haben will. Die Muskulatur und Ernährung ist gut, die Intelligenz ungetrübt, Sensibilität und Coordination normal, desgleichen die Sinnesorgane. Das Sprechen wird oft plötzlich durch Zwerchfellcontracturen unterbrochen, die auch ausserdem oft auftreten. Beim Einschlafen machten sich häufig heftige Zuckungen

bemerkbar, im Schlafe nicht. Mit Stütze kann Pat. gut gehen, ohne dieselbe werden die Zuckungen stärker. Muskeln und Nerven reagieren normal, die Sehnenreflexe sind herabgesetzt. Nach 2wöchentlicher Behandlung mit Galvanisation wird Pat. auf seinen Wunsch ungeheilt entlassen.

b) Paramyoclonus multiplex with a report of a case; Staar, Journ. of nerv. and ment. dis. XIV. 1887.

Ein 30jähriger, nervöser Mann hatte sich beim Heben einer Kiste überanstrengt. Sofort trat ein heftiger Schmerz unter dem rechten Schulterblatt auf und bald folgten Anfälle clonischer Krämpfe. Diese bestanden in symmetrischen Zuckungen coordinierter Muskelgruppen und ergriffen in leichteren Anfällen die Muskeln des Rumpfes, in schwereren ausserdem die der Oberarme und Oberschenkel; Contracturen des Zwerchfells waren besonders störend. Die Zuckungen waren heftig und rasch, gelegentlich jedoch auch gedehnter Natur; die Anfälle, denen ein von den Füssen zum Kopfe ansteigendes Gefühl vorausging, begannen plötzlich und hinterliessen grosse Erschlaffung. Sie wurden leicht durch Hautreize oder durch Klopfen auf die Sehnen, auch durch Gemütsbewegungen hervorgerufen, traten aber im Schlaf nicht auf.

Ausser Steigerung der Sehnenreflexe war in der Zwischenzeit nichts Abnormes zu notieren. Die electrische Behandlung war erfolglos, die Anfälle nahmen jedoch mit der Zeit an Stärke und Häufigkeit ab.

c) Ueber Myoclonie (Paramyoclonus multiplex) und Convulsibilität (Spasmophilie), von Seeligmüller, deutsche Wochenschrift XIII. 1887.

I. Ein 41jähriger Mann war auf die linke Seite gefallen und hatte danach Schmerzen und anästhetische Flecke am linken Beine, Schwindel und Flimmern vor den Augen gehabt.

Pat. hatte schon früher einmal an Zuckungen gelitten und war eine Zeit lang stumm gewesen. Jetzt

traten einige Zeit nach dem Unfall ebenfalls Zuckungen im linken Arm und Schüttelkrämpfe auf.

Am Rumpf und den Gliedern bestehen unaufhörlich sich wiederholende Zuckungen, am stärksten im rechten Arm, die durch Hautreize gesteigert werden, die willkürlichen Bewegungen aber nicht stören. Patellarreflex ist erhöht, ebenso die Empfindlichkeit der unteren Wirbelsäule.

II. Ein 40jähriger Mann, aus nervöser Familie stammend, der schon in der Jugend an Zuckungen gelitten hatte, bekam, nachdem er sich durch Treten auf ein scharfes Blech am linken Fusse verletzt hatte, heftige Rückenschmerzen und Zuckungen in der linken Körperhälfte, die ihn hin- und herwarfen. oft bestand Opisthotomus. Druckempfindliche Stellen waren vorhanden.

21. Remarques sur l'hystérie traumatique, par M. Debove et L. Catrin. Gaz. hebd. XXIV. 1887. Schm. Jahrb. B. 217.

D. und C. sahen zweimal kräftige junge, bis dahin ganz gesunde Männer nach Trauma von Hysterie befallen werden. Im ersten Falle war nach Contusion der rechten Schulter eine genau auf die rechte Seite beschränkte und am rechten Arm am intensivsten sich zeigende Motilitäts- und Sensibilitätsstörung vorherrschend. Im zweiten Falle jedoch traten nach Sturz auf den Kopf schwere, von einer dem Globus ähnlichen Aura eingeleitete, mit Bewusstlosigkeit verlaufende Kramptanfälle in den Vordergrund neben einer rechtsseitigen Hemianästhesie.

22. Ueber secundäre Histerie Schm. J. B. 217.

a) de l'hystérie mercuriale, per M. Letulle: Gaz. hebd. XXXIV. 1887.

M. S. hat in $6^1/_2$ Jahren mindestens 516 Tage in verschiedenen Pariser Krankenhäusern zugebracht. Im Jahre 1881, nachdem er $1^1/_2$ Jahre mit Quecksilber (Beizen von Kaninchenfellen) gearbeitet, erkrankte er

an Zittern der Arme und der Zunge und bekam dann einen Schlaganfall, der Aphasie, Hemiplegie und Hemianästhesie der ganzen linken Seite hinterliess. Nach 7 Monaten Heilung. 1883 zweiter Anfall von linksseitiger Hemiplegie, Hemianästhesie und Aphasie, aber ohne Insult. Die Hemianästhesie hatte damals alle Kennzeichen der hysterischen an sich: Amblyopie mit concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes und Achromatopsie, Beteiligung der anderen Sinnesorgane und der Schleimhäute etc. Nach 1 Jahr trat innerhalb weniger Wochen Heilung ein. 1886 zeigte sich Pat., der übrigens den Alkohol missbrauchte, wieder mit linkseitiger Hemianästhesie und Lähmung und behauptete steif und fest, er sei zum ersten Male in dieser Weise erkrankt. Die Verhältnisse waren ähnlich denen der Jahre 83 und 84. Auch bestand ausserdem rhytmisches Zittern der rechten Köperhälfte. Während sich der Zustand besserte, trat plötzlich Transfert des Zitterns ein. Herbst 1886 erschien S. in einem andern Hospitale mit Zittern, vorwiegend im rechten Arme ohne Anästhesie, und behauptete, nur 1881 wegen eines ähnlichen Leidens in einem Hospitale gewesen zu sein. 1887 fand L. den Kranken von Neuem hemianästhetisch und am ganzen Körper zitternd. L. glaubt, dass es sich um wirkliche Hysterie bei einer prädisponierten Person handelt, zu welcher die Hg-Vergiftung blos den Anstoss gegeben.

b) Hystérie et syphilis: De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication sur la forme des Accidents hysteriques. Leçon de Charcot, réc. par Gilles de la Tourette; Progr. méd. 2. 9. VI. 1887.

Ch. betont energisch, dass die Hysterie immer ein und dieselbe sei, mag die Gelegenheitsursache sein, welche sie wolle; letztere habe höchstens auf die Form der Hysterie Einfluss, alles andere sei Sache der Anlage. Diese Betrachtung knüpft Ch. an die Vorstellung eines Syphilitischen mit Hysterie:

Ein z. Z. 28jähriger Mann hatte in seinem 19. Jahre Syphilis acquiriert. Am 1. Januar 84 war er plötzlich umgefallen und man fand dann an ihm rechtseitige Hemianästhesie und Hemiplegie mit Contractur. Die Spitze der Zunge drängte mit Macht gegen die rechten Backzähne. Nach einigen Tagen kamen nächtliche Kopfschmerzen und anscheinend epileptische Krämpfe hinzu.

Während einer kräftigen antiluetischen Kur trat zwar Besserung, aber nicht Heilung ein; insbesondere blieben die nächtlichen Kopfschmerzen. Ch. zeigte, dass es sich hier um Hysterie handelte; der Zungenkrampf, die vollständige Hemianäethesie, die in Wirklichkeit nicht epileptischen, sondern hysterischen Krämpfe, das alles sprach für Hysterie. Dass auch die Kopfschmerzen hysterischer Natur waren, ging daraus hervor, dass in hohem Grade Hyperästhesie der Kopfhaut bestand und die antisyphilitische Behandlung dagegen machtlos war. Es musste der Kopfschmerz offenbar auf einer Autosuggestion des Patienten, der früher wahrscheinlich an wirklicher syphilitischer Cephalaea gelitten hatte, beruhen.

23. L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leur rapport avec le goître exophthalmique et l'hystérie, etc., par Gilbert Ballet. Revue de méd. VIII. 88 Schm. Jahrb. B. 218.

Ein 33jähriger Tapezierer, aus belasteter Familie stammend, früher gesund, war aus der Höhe von 6 m ins Meer gefallen; er wurde sofort bewusstlos aufgefischt und war in den nächsten Tagen sehr erregt. Nach einigen Tagen bekam er heftiges Herzklopfen, der Hals schwoll an, die Augen traten vor; zugleich konnte Pat. nicht mehr im Dunkeln gehen und kam sehr von Kräften. Ein Jahr nach dem Unfalle bestanden Unempfindlichkeit der Haut und Sinnesorgane, Unvermögen die Lage und Bewegung der Glieder ohne die Hülfe des Gesichts zu beurteilen, Globus hystericus,

hyperästhetische Flecke, Struma, beschleunigte Herzaction und Exophthalmus. Nach weiteren 6 Monaten fand B. linksseitige allgemeine und vollständige Hemianästhesie, rechts Hypästhesie, Umfallen nach links bei Augenschluss, hysterogene Zonen in der Fossa iliaca sinistra und an der Wirbelsäule, Tachykardie (Puls 110—160) mit schmerzhaften Empfindungen in der Herzgegend, pulsirendes Struma, geringen Exophthalmus, Zittern und Schwitzen der Hände, Hitzegefühl im Gesicht, grosse Erregbarkeit und traurige Verstimmung, einzelne Verfolgungsgedanken, ängstigende Träume: links Diplopia monocularis, Ophthalmoplegia externa. Letztere schien seit einigen Monaten entstanden zu sein. Die Bulbi standen in Mittelstellung still, Ptosis nicht nachweisbar: Pupillen gleich und normal beweglich. Beobachtete man den Patienten, ohne seinen Blick zu fixieren, so sah man, dass die Bulbi kleine Bewegungen ausführten, welche Pat. willkürlich nicht machen konnte. Die mimischen Gesichtsmuskeln waren paretisch, die Stimme näselnd, Pat. verschluckte sich oft. Nur zeitweise war die Bewegung der Zunge erschwert, die Athmung etwas rasch (20—40), unregelmässig.

24. Sulfure de carbone et hystérie, par P. Marie Bullet et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris, 1888. Schm. Jahrb. B. 218.

M. teilt 2 Fälle von Hemianästhesie und Hemiparese bei Arbeitern einer Schwefelkohlenstofffabrik mit.

Er hatte gefunden, dass in den Beobachtungen von Schwefelkohlenstoffvergiftungen nicht selten hysterische Erscheinungen erwähnt wurden: bald Hemianästhesie, bald Anästhesie, zerstreut und mit circulärer Begrenzung, bald Hyperästhesie. Bald ist die Cornea unempfindlich, zuweilen besteht Polyopia monocularis, Amblyopie, Mikro- und Makropsie; ferner Herabsetzung des Gehörs, Geruchs, Geschmackes, Fehlen des Schlundreflexes, Lähmungen, partielle und allgemeine Krämpfe, Kopf-

schmerzen, ängstigende Träume, Zittern. Auch eine Aura wurde bemerkt; sie bestand in einem Hitzgefühl am Scrotum. Die toxische Hysterie tritt bald allmählich, bald scheinbar plötzlich auf (hysterische Apoplexie). Immerhin glaubt M. nicht, dass alle Erscheinungen dieser Vergiftung hysterischer Natur seien, vielmehr schienen auch Neuritiden vorzukommen.

25. De l'hystérie pulmonaire chez l'homme, par le Dr. E. Laurent. L'Encephale IV. 1889. Schm. Jahrb. B. 222.

a) Ein 43jähriger Bauer, aus nervöser Familie, litt mit 17 Jahreu an Krampfanfällen. Er führte ein unregelmässiges Leben, und erhielt während eines Streites einen Messerstich in die Gegend des unteren rechten Schulterblattwinkels. Nach 5 Tagen erfolgte mehrmals sich wiederholende Hämoptysis, später Krampfanfälle, die immer von Blutspucken begleitet waren. Die Untersuchung ergab: Lungen normal, vollständige rechtsseitige Hemplegie; grosse hysterische Anfälle. Am Ende der epileptoiden Periode erfolgten einige kurze Hustenstösse, durch welche ein Mund voll Blut entleert wurde. Ebenso am Ende der 2. Periode Entleerung reichlicher Blutmengen, die zum Teil mit Kraft an die Wand gespuckt wurden. Trotz täglicher Anfälle war der Ernährungszustand ein sehr guter. Durch hypnotische Suggestion gelang es, die Anfälle seltener werden zu lassen.

b) Ein 28jähriger Bauer aus nervöser Familie, von unregelmässigem Lebenswandel, hatte im Gefängnis eine kurze fieberhafte Erkrankung durchgemacht. Einen Monat später klagte er über Abgeschlagenheit und Schmerzen in der Gegend der falschen Rippen. Bald darauf entleerte er c. 1 Liter Bluts durch den Mund; dies Blutspucken hielt mehrere Tage hindurch an. Pat. hatte ein blühendes Aussehen, athmete schwach, war aufgeregt, delirierte manchmal zeitweise, hatte aber kein Fieber. Er klagte über Kopfschmerzen und

Schwindel und fühlte zeitweise eine Kugel von der rechten Achsel bis zum Halse aufsteigen. Prikeln und Stechen im rechten Beine; dann werde es ihm rot vor den Augen, alles drehe sich und er breche oder spucke hierauf Blut. Bei der häufig wiederholten Untersuchung der Lungen wurde hie und da eine geringe Veränderung des Athmungsgeräusches notiert, die aber von einem Tage zum andern wechselte. Es bestand vollständige rechtsseitige Hemianästhesie. Grosse Anfälle traten nicht auf, die Hämoptysen waren aber sehr häufig.

c) Ein 35jähriger Maschinist, war bei einem Auflaufe mit Fusstritten behandelt worden. Nach einigen Tagen entstand vorübergehende Hemiparese mit Hemianästhesie und kurze Zeit darauf erfolgte eine reichliche Hämoptysis. In der linken Seite war ein Schmerzpunkt, dessen Berührung dem Pat. Schmerzensrufe entlockte; Fieber war nicht vorhanden. Die Untersuchung der Lungen ergab normale Verhältnisse. Es wurde mehrfache Wiederholung des Blutspuckens mit Polyurie beobachtet. Nach 2 Tagen war das Wohlbefinden wieder vollständig hergestellt.

26. Epilepsie, hystérie majeure et morphinisme combinées; Leçon du Prof. Charcot, réc. par A. Dutil. Gaz. de Paris, S. VI. 1889. Schm. Jahrb. B. 223.

Ein kräftiger Mann, dessen Vatersbruder irr, dessen Vater schwindsüchtig war, dessen Mutter und Schwester an Krämpfen litt, stellte sich vor.

Von seinem 7. Lebensjahre an waren nächtliche Anfälle mit Zungenbiss und Bettnässen 2—3 mal wöchentlich aufgetreten. Im 20. Jahre war er an einem Typhus erkrankt und nach demselben hatte sich eine melancholische Stimmung mit Zunahme der Anfälle eingestellt. Einen Beweis für die epileptische Natur der Anfälle lieferte die Harnuntersuchung; Pat. schied gewöhnlich 21 gr. Harnstoff aus, an den Anfallstagen jedoch 35 gr. Harnstoff und 2 gr. Phosphate.

Pat. war am ganzen Körper unempfindlich mit Ausnahme der Fusssohlen und des Hypogastriums, welch letzteres überempfindlich war. Geruch und Geschmack fehlten, das Gehör war abgestumpft, das Gesichtsfeld eingeengt.

Druck auf das Hypogastrium rief ein der hysterischen Aura entsprechendes Uebelbefinden hervor. Alle diese Erscheinungen und überdem hysterische Anfälle, die der Pat. seine Taganfälle nannte, waren nach dem Typhus aufgetreten; die Hyperästhesie der Haut war damals noch stärker gewesen und die Schwester des Kranken hatte ihn deshalb mit der Morphiumsspritze bekannt gemacht.

Der Morphiumhunger verriet sich durch ein alle paar Stunden wiederkehrendes Zittern, welches dem alkoholischen Zittern glich; ausserdem bestanden die übrigen Abstinenzerscheinungen.

27. Transactions of the American Ophthalmological Society; Twenty-fourth annual Meeting; New-London 1888. Published by the Society, Hartfort 1888. Schm. Jahrb. B. 223.

Ueber hysterische Blindheit sprach W. O. Moore unter Mitteilung von 3 Beobachtungen; 2 mal war Blindheit linksseitig, einmal doppelseitig aufgetreten. Im letzten Falle war sie mit „psychischer Lichtscheu" verbunden.

Therapie durch Elektricität oder Aetherspray, z. T. mit folgender Lidoperation.

28. Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie von J. M. Charcot. übers. von Dr. Freud:

a) Ueber sechs Fälle von männlicher Hysterie. 18. und 19. Vorlesung. Rig . . . . 44 Jahre alt, von kräftigem, muskulösem Bau, früher Böttcher, jetzt Ladendiener, neuropathisch schwer belastet, hatte mit 19 und 29 Jahren Gelenkrheumatismus ohne Herzaffection durchgemacht. Als Kind war er furchtsam, litt an

ängstigenden Träumen und Alpdrücken; vom 12. bis 15. Jahre war er Nachtwandler gewesen. Es ist weder Lues noch Alkoholismus nachzuweisen. Mit 32 Jahren (1876) traf ihn der erste Unfall. Beim Prüfen eines Rasiermessers an der Vorderseite des Unterarms schnitt er sich tief; Blutverlust und Schreck bewirkten, dass Patient empfindungs- und bewegungslos zu Boden sank. Er brauchte lange Zeit zu seiner Erholung. 1882 folgte der 2. Unfall. Ein herabrollendes Fass hätte ihn beinahe erdrückt; Pat. sprang auf die Seite, wurde aber leicht am linken Vorderarme verletzt. Zwar erhob er sich sofort, war auch beim Heraufrollen des Fasses noch behilflich, fiel aber dann in eine 20 Minuten dauernde Ohnmacht. Nach dem Erwachen fühlte er sich auf den Beinen sehr schwach und war 2 Tage lang arbeitsunfähig. Nun nahm er die Arbeit wieder auf, erlitt aber 10 Tage danach den ersten hystero-epileptischen Anfall, der seitdem regelmässig alle zwei Monate wiederkehrt. In den Zwischenpausen hat Pat. schreckliche Träume. Lange Behandlung mit Bromkali war ohne Erfolg.

Status — Patient ist bleich und anämisch, hat schlechten Appetit und zieht besonders saure Speisen vor. Die hysterischen Stigmata sind sehr deutlich ausgeprägt: doppelseitige Anästhesie in zerstreuten Herden, von ziemlich grossem Umfange, besonders für Schmerz und Kälteempfindung; sensorielle Anästhesie ist im ganzen schwach, Geruch und Geschmack sind normal, Gehör deutlich, besonders links herabgesetzt. Es besteht beträchtliche Einengung des Gesichtsfeldes, namentlich rechts. Patient unterscheidet alle Farben, aber das Gesichtsfeld für Blau ist stärker eingeengt wie das für Roth. Endlich bestehen zwei hysterogene Punkte, einer unterhalb der rechten falschen Rippen in der Haut, der andere in der rechten Kniekehle, wo Patient eine spontan schmerzhafte Cyste trägt. Testicularpunkt besteht nicht. Ein Druck auf

die hysterogenen Punkte ruft die Phänomene der hysterischen Aura hervor. Präcordialangst. Zusammenschnürung im Halse mit Gefühl einer Kugel, Pfeifen im Ohr und Klopfen in den Schläfen. Die Erregung der Punkte ruft leicht einen Anfall hervor, hemmt aber den im Ausbruch begriffenen nicht oder nur unvollkommen. Es besteht während der ganzen Zeit der Beobachtung eine psychische Depression mit Hallucinnationen.

Die Anfälle, ob künstlich hervorgerufen oder spontan, zeigen deutlich die Scheidung in die 4 Perioden des grossen hysterischen Anfalls. Die Therapie ist machtlos.

Es ist also ein Fall von „Hystero-Epilepsie à crises mixtes“ oder von grosser Hysterie; Charcot betont dabei nachdrücklich die Unwandelbarkeit der Stigmata und des psychischen Zustandes.

Die übrigen 5 Fälle sind „gewissermassen nach dem Muster der vorigen zugeschnitten“. In der That sind 3 von den 5 Patienten neuropathisch schwer belastet; z. T. zeigten sie selbst in ihrer Jugend deutliche Störungen des Nervensystems, Somnambulismus, leichte Erregbarkeit, schwere Träume, bei Zweien wird auch ein auffallender, unwiderstehlicher Geschlechtstrieb angegeben. In allen Fällen haben Traumen, theils psychischer, theils somatischer Natur eingewirkt. Es bestehen ferner bei allen sensitive und sensorielle Störungen in Form von Hemianästhesien oder von Anästhesien in zerstreuten Herden, Gesichtsfeldeinschränkungen, die namentlich für die Farbenkreise characteristisch sind; und wenn sich in den allen gemeinsamen hysterischen Anfällen auch gewisse Unterschiede speciell im Auftreten und der Reihenfolge der einzelnen Phasen zeigen, so weist doch Charcot nach, dass ihnen allen das typische Bild der grossen hysteroepileptischen Anfälle zu Grunde liegt.

b) Ueber zwei Fälle von hysterischer Contractur traumatischen Ursprungs. 7. und 8. Vorlesung.

Patient ist ein 34jähriger Schmied, Vater von 4 Kindern, ziemlich kräftig gebaut, ohne irgend einen weibischen Zug im Wesen. Keine neuropathische Belastung liegt vor, auch keine grosse Gemütsbewegung oder sonstige psychische Schädigung; nur hat sich Patient am 26. Juli vorigen Jahres eine Verbrennung dadurch zugezogen, dass eine weissglühende Eisenstange seinen linken Vorderarm und seine Hand streifte. Die Verbrennung brauchte 6 Wochen zu ihrer Heilung — die Stelle ist noch jetzt rotviolett gefärbt, — die Aufregung des Patienten darüber war jedoch nicht gross. Einige Tage danach wurde dem Patienten der betreffende Arm schwer, die Finger wie eingeschlafen und waren nur mit Mühe zu bewegen.

Am 25. August empfand Patient Schmerzen im linken Arme und konnte nicht schlafen. Tags darauf zeigte die Hand die characteristische Gestalt der Interosseikralle, nur der Daumen war noch frei. Am nächsten Tage kam Beugung der Finger hinzu, endlich legte sich auch der Daumen an die übrigen Finger an. Während dieser verschiedenen Fortschritte der Contractur bildete sich allmählich auch Beugung des Handgelenks und Pronation des Vorderarms aus.

Patient hatte nie Anfälle, bietet auch keine bemerkenswerten psychischen Veränderungen dar.

Eine Untersuchung am 1. Oktober ergiebt: Abstufung des Schmerzgefühls auf der linken Seite; auf derselben Seite Abschwächung des Geruchs, Geschmacks, Gehörs; Gesichtsfeld auf beiden Seiten, besonders auf der linken eingeengt, die Farbenkreise haben jedoch ihre relative Lage und Grösse bewahrt. Später stellte sich, nach Einwirkung eines Magneten auf die Seite der Contractur, die Empfindlichkeit ohne Transfert an Rumpf, Kopf und Oberarm wieder her; an Hand und Handgelenk bedurfte es einer neuen Application des Magneten.

Da bald darauf heftige Schmerzen in Vorderarm und Hand auftraten, die keinem der angewandten Mittel wichen, wurde am 26. Dezember 1882 der Medianus gedehnt. 4 Stunden darauf war die Contractur fast ganz geschwunden, ebenso die Schmerzen. An Stelle der Contractur trat zwar bald eine leichte Parese, doch konnte Patient erst am 12. Januar 1883 als geheilt vorgestellt werden.

c) Ueber zwei Fälle von hysterischer Monoplegie des Arms aus traumatischer Ursache bei Männern. 20. bis 22. Vorlesung.

Es handelt sich um den 25jährigen Fiakerkutscher Porcen . . . . , dessen Mutter und Schwester sehr nervös, dessen Vater ein leidenschaftlicher Absinthtrinker war; letzterer hat nie an nervösen Zuständen gelitten.

In seiner Kindheit war Patient zwar nicht nervös, hatte aber doch immer, wenn er allein war, Angst vor Räubern. Mit 7 Jahren fiel er aus der Höhe des 5. Stockes auf ein Eisengitter, von da aufs Pflaster; seitdem soll sich seine Gesundheit geschwächt und bald darauf die jetzt bestehende Verkrümmung der Wirbelsäule entwickelt haben. Mit 16 Jahren acquirierte Patient in seiner Stellung als Wasserer in der Compagnie des petites voitures einen Gelenkrheumatismus, von welchem die noch jetzt vorhandene leichte Schwäche des rechten Beines herrühren soll. Seit seinem 18. Jahre ist er Kutscher; in diesem Berufe traf ihn im Dezember 1884 ein Unfall. Sein Pferd wurde scheu, Patient wurde auf das Pflaster herabgeschleudert und fiel so, dass die hintere Seite der rechten Schulter den Stoss ausgehalten haben soll. Er war nicht bewusstlos, will aber sehr erschrocken sein.

Die rechte Schulter schwoll nur wenig an und war anfangs in ihrer Beweglichkeit nicht behindert. Da bemerkte er plötzlich am Morgen des 6. Tages — 5 Tage hatte er sich Ruhe gegönnt — nach einer

ruhig verbrachten Nacht, dass die ganze Oberextremität bis auf die Finger, die er noch bewegen konnte, schlaff und gelähmt herabhing; dazu kam in demselben Gebiete, Schulter, Ober- und Vorderarm, Verlust der Empfindlichkeit in Haut, Muskeln, Nerven, Bändern und Gelenkkapseln, sowie Verlust des Muskelsinns. 4 Monate nach Eintritt der Lähmung bestand alles noch in gleicher Weise, auch war keine Rigidität der Muskeln, keine Atrophie oder Veränderung der electrischen Erregbarkeit in denselben aufgetreten. Wenngleich diese Symptome für den ersten Blick nicht auf eine hysterische Lähmung hindeuten, so weist doch Charcot durch Ausschliessen einer organischen Lähmung einerseits, andrerseits durch die Anwesenheit hysterischer Stigmata, Hemianästhesie, Affectionen der Sinnesorgane, Anästhesie des Schlundes, monoculare Polyopie, Einschränkung des Gesichtsfeldes, dann durch das Fehlen der Gesichtslähmung und namentlich auch durch die eigentliche Begrenzungsform der anästhetischen Bezirke, die hysterische Natur des Leidens nach.

Fast dieselben Verhältnisse bestimmen Ch., auch in einem zweiten Fall von nach Trauma eingetretener Lähmung bei einem 18jähr. Maurer (s. 20. Vorlesung) Hysterie zu diagnosticieren, nur kommen hier noch 2 Momente der Diagnose zu Hilfe, die Anwesenheit der hysterogenen Punkte und die hysterischen Anfälle.

d) Ueber einen Fall von hysterischer Coxalgie aus traumatischer Ursache bei einem Manne. 23. und 24. Vorlesung.

Patient ist ein 25jähriger Mann, Brettschneider, Vater von 7 Kindern. Die Familienanamnese ist ohne Belang, Pat. war niemals eigentlich krank, speciell litt er nie an nervösen Störungen oder an Zeichen von Rheumatismus.

Im Mai 1883 traf ihn ein Unfall; die Treibstange einer Dampfmaschine stiess von unten so heftig gegen den Boden, auf welchem er stand, dass er angeblich 2—3

Meter hoch in die Luft geschleudert wurde. Er verlor das Bewusstsein nicht, verspürte aber sofort einen heftigen Schmerz, begleitet vom Gefühl des Taubseins im linken Bein, „als ob es gleichzeitig schmerzhaft sei, und fehlen würde“. Anfangs soll die linke untere Extremität geschwollen gewesen sein, Patient war auch 2 Monate bettlägerig, dann ging er zuerst mit Krücken, später nur mit einem Stocke umher. Seit einem Jahre nun ist der Zustand so geblieben, wie er jetzt noch ist.

Bei Horizontallage zeigt sich erhebliche Verkürzung der linken unteren Extremität, wie im 3. Stadium der organischen Coxalgie; das Gelenk ist unbeweglich, der Oberschenkel gleichsam mit dem Becken verlöthet. Pat. klagt über spontane Schmerzen in Leistengegend, Hüfte und Knie, die sich bei Druck auf diese Gegenden, Bewegung der Extremität, Schlag auf Trochanter oder Ferse steigert. Ober- und Unterschenkel sind etwas atrophisch (Differenz 1 cm). Bei aufrechtem Stehen neigt Patient auf die gesunde Seite, der linke Fuss berührt den Boden nicht, der Unterschenkel ist gestreckt und steht etwas vor dem rechten. Die linke Hinterbacke erscheint breiter, abgeflacht und schlaff herabhängend, nach einem Vergleich mit einem gesunden Manne rührt dies jedoch nur von der Haltung des Oberschenkels her. Ferner besteht eine Krümmung der Wirbelsäule mit der Concavität nach links, desgleichen entsprechend schiefer Verlauf der crena ani; Patient hinkt. Seit den $2^1/_2$ Jahren der Krankheit hat sich noch keine Schädigung des Allgemeinbefindens eingestellt, keine Abmagerung, keine Anämie, nie Fieber; der Appetit war stets gut.

Die Muskeln an Hüfte, Knie und Sprunggelenk sind rigide anzufühlen. Es bestehen hysterogene Zonen in der Gegend des Hüft- und Kniegelenks in der Haut wie in den tiefen Teilen, durch deren Erregung zwar kein richtiger Anfall erzeugt, wohl aber eine Aura hervorgerufen werden kann. Ausserdem besteht linkssei-

tige totale Anästhesie, sensorielle Hypästhesie, totale Anästhesie des Pharynx. In der Narkose wird das Gelenk vollkommen frei und ohne Crepitation bewegt.

Aus alledem schliesst Charcot, dass es sich um eine uncomplicierte hysterische Coxalgie handelt und wird darin noch bestärkt durch die überraschend günstige Wirkung, die die Massage des linken Beines einerseits, andrerseits die Aussicht auf eine gesicherte Zukunft — Pat. hat nach langem Warten endlich eine Pension angewiesen erhalten — auf den Pat. ausübt.

29. Die Suggestion und ihre Heilwirkung; von Dr. Bernheim, übersetzt von Dr. Freud.

a) Beobachtung XI., S. 244.

Hystero-Epilepsie bei einem jungen Manne, etc. etc.

Patient ist 18 Jahre alt, seine Mutter neuropatisch, 17 Geschwister haben niemals nervöse Symptome gezeigt. Als Kind hatte Pat. somnambulische Zustände. Vor 3 Jahren acquirierte er Lues und hat jetzt leichte Ausschläge auf Kopf, Körperdecke und Schleimhäuten. Seine Intelligenz ist unter der durchschnittlichen, Pat. kann kaum lesen und schreiben. Der Penis ist entzündet und vergrössert. Auf der Hautdecke desselben finden sich 2 tiefe Geschwüre; ausserdem besteht angeborene starke Phimose und gelblicher, stinkender Ausfluss aus dem Orificium. Quecksilberbehandlung. Ein Monat nach Aufnahme hatte Patient ohne bekannte Ursache einen Antall, der mit Zähneknirschen, Schreien, Verlust des Bewusstseins, Convulsionen und Delirium begann und nach Lösung in Koma überging. Die Anfälle wiederholten sich jetzt fast täglich, beginnen mit dem Gefühle einer Kugel, die von der Spitze des Penis ausgeht, in der linken Lendengegend aufsteigt, von da um das Darmbein herum auf den Rücken übergeht und nun der Wirbelsäule entlang bis zum 6. Brustwirbel zieht. In diesem Momente entsteht ein Gefühl von Hitze und Schwindel, und Patient verliert das Bewusstsein.

Eine Reihe von Störungen der Sensibilität ist vorhanden; vollständige Hemianästhesie der Haut und Muskeln rechts, links Hyperästhesie. Geruch und Geschmack, sowie Sensibilität der Zunge und Nasenschleimhaut sind auf der rechten Seite ebenfalls abgestumpft. Das Gesichtsfeld ist beiderseits eingeschränkt, links mehr wie rechts; desgleichen die Sehschärfe. Dem linken Auge fehlt die Wahrnehmung von Relief und Farbe. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt links Neuroretinitis und getrübte Papille mit erweiterten Venen. Zwischen den Schulterblättern findet sich eine anästhetische, hysterogene Zone.

Am 22./I. 1883 wird eine Incision in das Präputium gemacht und daselbst werden ungeheure Wucherungen ausgeräumt; seitdem kommen keine Spontananfälle mehr und auch die künstlich ausgelösten sind kürzer. Bei einer zweiten Untersuchung wird constatiert, dass das linke Gesichtsfeld für Rot weiter ist als für Blau und Grün.

Es werden nun therapeutische Versuche mit einem Magneten gemacht, der an den äusseren linken Augenwinkel angelegt wird. Anfangs zeigt sich ein mehr vorübergehender, später ein dauernder Einfluss auf alle Functionen des Gesichtssinnes: Das Gesichtsfeld hat sich links bedeutend erweitert, die Sehschärfe sehr zugenommen, die Wahrnehmung der Farben im Gesichtsfelde links stark verbreitert. Aehnliche Erfolge zeigen sich auch bei verschiedenen von Prof. Bernheim vorgenommenen hypnotischen Suggestionen. Endlich wird eine dritte Reihe therapeutiseher Versuche angestellt, der Eisenstab wird zwar wieder an den Augenwinkel angelegt, diesmal aber, ohne Wissen des Patienten, nicht durch Stromschluss magnetisch gemacht; nach 30 Minuten zeigt sich dieselbe Steigerung des Gesichtssinnes wie bei der effectiven Magnetisation und bei der hypnotischen Suggestion.

„Aus dieser interessanten Krankengeschichte ergiebt sich“ — so schliesst Bernheim den Bericht — „in wie hohem Grade die Suggestion, ohne dass der Kranke und oft selbst der Arzt drum wissen, sich mit vielen therapeutischen Massregeln verbindet. Sie ist also ein Element, mit welchem man rechnen muss, bevor man über manche Medicationen ein Urteil fällt.

b) Beobachtung XXVI. Seit dem 12. Jahre bestehende Hysterie bei einem jungen Manne von 21 Jahren.

Patient 21 Jahre alt, von kräftiger, gesunder Constitution, dessen Familie nicht mit nervöser Diathese belastet erscheint, leidet seit seinem 12. Jahre an einer hysterischen Erkrankung. Seit einem Monat hat sich das Leiden verschlimmert; es manifestiert sich durch fortwährendes Unbehagen mit Weinerlichkeit, Stöhnen und Gefühl der Zusammenschnürung der Kehle. Dazu treten noch acute Anfälle, im Verlaufe des letzten Monats mindestens 6. Sie beginnen mit starkem Constrictionsgefühl in der Kehle, das Gefühl der Athemnot und Beklemmung wird unerträglich, das Gesicht aufgedunsen; es tritt allgemeines Zittern aber ohne Convulsionen und Contracturen auf. Patient stösst scharfe, jämmerliche Schmerzensschreie aus. Dieser Zustand dauert mehrere Stunden; wenn Patient genug geschrieen hat, dann löst sich die Zusammenschnürung, es bleibt grosse Müdigkeit zurück, die nach tiefem Schlafe verschwindet.

Während der ganzen Dauer des gesteigerten Uebelbefindens ist Patient unfähig zu jeder körperlichen und geistigen Arbeit, kann nicht lesen oder schreiben etc. Patient leidet übrigens nicht an Angstzuständen noch Hallucinationen und ist sich klar über seinen Zustand: er ist Antrieben unterworfen, welchen er leicht Widerstand leisten kann.

Zu manchen Zeiten ist er leicht erregbar, neigt zu Zornausbrüchen mit Geschrei und Thränen, andrerseits

kann er auch durch die Erzählung eines traurigen Ereignisses tief bewegt werden.

Die übrigen Functionen sind normol; es bestehen keine Sensibilitätsstörungen, keine schmerzhaften Puncte. kein Kugelgefühl; die Verdauung ist in Ordnung.

Nach einer schriftlichen Aufzeichnung, die Patient selbst gemacht, begann sein Leiden in seinem 12. Jahre (1878) mit starker Unruhe des Geistes, melancholischen Gedanken und etwas Ermüdungsgefühl; Pat. besuchte die Schule, und diese Zustände traten in wechselnder Intensität während der folgenden Jahre auf.

1881 im Juli bekam er den ersten Anfall. In Folge der beständigen Unterbrechung seiner Studien fiel er zweimal im Bacalaureatsexamen durch. Juni 1885 trat er in ein Jägerbataillon mit der Verpflichtung zu 5jährigem Dienste ein; anfangs bekam es im sehr gut, doch schon Februar 1886 musste er superarbitriert nach Hause entlassen werden. Sein Zustand blieb schwankend wie früher, bis ihn 1887 im Januar Bernheim kennen lernte. Er wurde öfter, fast täglich hypnotisiert, später auch seiner Umgebung entzogen, und nach verschieden wechselndem Erfolg der Therapie fühlt er sich jetzt, 20. October 1887 am Körper und Geist wohler als es jemals der Fall gewesen war.

30. Fall von männlicher Hysterie aus der Klinik des Herrn Prof. Jolly.

Patient ist 24 Jahre alt, Commis, aus der Umgebung von Strassburg stammend, neuropatisch schwer belastet.

Er war als Kind zwar im Allgemeinen gesund, soll aber immer an Schmerzen im Leibe gelitten, auch dreimal die Backenzähne gewechselt haben. Jeder Zahnwechsel griff ihn stark an, er litt dabei an Speichelfluss und soll sogar Krämpfe in Händen und Füssen gehabt haben. Seine Intelligenz war bis zum 12. Jahre recht mässig entwickelt, deswegen waren auch seine Fortschritte in der Schule anfangs gering; vom 14. Jahre jedoch an soll die Intelligenz in gleichem Masse wie

das Wachstum des Körpers zugenommen haben. Er besuchte bis zum 16. Jahre die Realschule, erreichte die Tertia und verliess dann dieselbe, um in ein Handelshaus einzutreten. Nachdem er hier $2\frac{1}{2}$ Jahre gelernt, nahm er eine Stellung in einem zweiten Geschäfte als Commis an.

Von seiner Mutter wird er als gutmütiger, zuvorkommender, aber etwas willensschwacher Mensch geschildert, der sich leicht von andern beeinflussen und übervorteilen lasse.

Sein jetziges Leiden begann Februar 1887 in Folge eines psychischen Traumas, das er in jenem Hause erlitt; schon vorher hatte er immer über „Säure im Magen und Schwefelgeschmack" geklagt. Im genannten zweiten Geschäfte spielten ihm nun eines Tages seine Kameraden einen Possen: als er auf dem Aborte war, liessen sie die Brause vor ihm springen, so dass er ganz bestürzt und durchnässt ins Bureau gelaufen kam. Erschwerend wirkte noch der Umstand, dass sich Pat. seit 4 Jahren wegen Rückgang des elterlichen Geschäftes sehr viel Sorgen und Kummer gemacht hatte. Abends nach obigem Ereignis klagte er über Unwohlsein und wollte nichts essen; vom nächsten Tage an brach er dann alles aus und dieses Erbrechen dauerte 5 Monate.

Ungefähr 2 Monate nach Beginn des Leidens bekam er einen hysterischen Anfall; er konnte nicht sprechen, hielt den Mund weit offen und lag längere Zeit wie tot da. Dabei wusste er alles, was um ihn herum vorging, und fühlte alles. Der Anfall begann mit Brennen in der Magengegend, zu dem das Gefühl einer aufsteigenden Kugel hinzukam. Von da ab bekam Patient alle Abend einen solchen Anfall, der 15—20 Minuten dauerte; an dem Tage, an welchem er auf ärztlichon Rat nach einem Krankenhause verbracht wurde (3 Monate nach dem ersten Anfall), kam ein stärkerer von zweistündiger Dauer. Auch im Spital wiederholten sich die Anfälle, als er jedoch nach

6 Wochen austrat, war er anscheinend wieder gesund. Nach 3 bis 4 Wochen stellte sich zwar leichtes Erbrechen und Magenweh ein, das sich aber auf die Einnahme von Pulvern hin gab; ebenso kehrte im April vorigen Jahres der Magenschmerz wieder u. Pat. bekam einen leichten Anfall. Inzwischen hatte er eine Stellung als Commis in einem lithograph. Institut angenommen, in welcher er sehr angestrengt wurde; doch blieben die Anfälle über ein ganzes Jahr aus, bis am 10. Juli 1888 nach einem Streit mit seinem Principale zum ersten Male ein neuer erfolgte. Am ersten Tage kamen sie alle 2—3 Stunden, am zweiten noch häufiger, am dritten Tage endlich hatte Patient alle Stunden einen Anfall. Der beigerufene Hausarzt suchte ihn zu chloroformieren, der Kranke geriet jedoch dadurch in überaus heftige Aufregung, sang und schrie laut, zerriss sein Hemd etc. etc. In diesem Aufregungszustand blieb er 3 Stunden; am folgenden Tage wurde er in die psychiatrische Klinik gebracht.

Vor jenem Chloroformierungsversuche waren die Anfälle, wie gesagt, ganz ruhig verlaufen; nach demselben bot der Pat. ein ganz verändertes Bild seines Leidens dar, die Anfälle nahmen einen viel stürmischeren Character an. Ich habe mir nun ohne jede Beeinflussung meinerseits von Mutter und Schwester des Kranken einen solchen, recht prägnanten Anfall beschreiben lassen und folgendes erfahren:

Pat. merkte das Herannahen des Anfalls, wurde schwindelig, bekam das bekannte Druckgefühl in der Magengegend und nun erfolgte mit einem gellenden Schrei ein so plötzlicher, allgemeiner Streckkrampf, dass Pat. dabei mit den Füssen die Fussbretter seines Bettes herausschlug. In demselben Augenblicke kam ein Zittern über ihn, er stürzte aus dem Bette und schnalzte jetzt wie ein Fisch, wobei er sich, lediglich mit solchen Bewegungen, durch zwei Zimmer hindurcharbeitete. Daneben wurde deutlicher Opisthotonus bemerkt. Nach

einiger Zeit trat der Anfall in eine neue Phase, Pat. begann zu gesticulieren, glaubte sich in einen Streit verwickelt, schlug um sich und machte Bewegungen, als ob er seinen vermeintlichen Gegner am Halse fassen wollte. Dabei riss er sich alle Kleider vom Leibe; auch die Schreie und Worte, die er ausstiess, liessen auf die Vorstellung eines schweren Kampfes schliessen.

Der ganze Anfall dauerte 2 Stunden, dann hörte er oft plötzlich auf. Pat. weinte, fühlte sich matt, war aber meist ganz bei Besinnung. Eine Erinnerung an das während des Anfalls Erlebte bestand nicht.

Natürlich blieben diese Anfälle nicht in dieser Heftigkeit bestehen: der Kranke wurde in die Klinik aufgenommen, zeitweise wieder zu seinen Eltern entlassen, musste aber stets wieder wegen neu auftretender Anfälle die Klinik aufsuchen. Seit November 89 ist er dauernd, mit kurzen Unterbrechungen, in der Anstalt.

Seine Behandlung bestand in kalten Douchen oder Bädern und nebenher in Ordination von Bromkali. Die Anfälle wurden entschieden seltener und namentlich weniger intensif. Pat. fiel einfach mit einem Schrei zu Boden, streckte sich unter Zittern, stiess auch von Zeit zu Zeit inarticulierte Laute aus, begann dann heftig zu athmen und nach Verlauf von $^1/_2$ bis 1 Min. erhob er sich auf die directe Aufforderung hierzu und ging in sein Zimmer. Auf Befragen gab er an, schwindelig geworden zu sein, Laute zwar noch gehört, aber nicht verstanden zu haben. Sonst wusste er nichts mehr vom Anfall.

Am 6./VI. 90 klinische Vorstellung.

Pat. sagt auf Befragen aus, er sei hier weil er Anfälle habe; sie seien schon seit fast 3 Jahren vorhanden, blieben aber oft lange Zeit aus. Dieselben sollen von einem Schrecken herrühren; er erzählt die Anamnese.

Ferner berichtet er, er habe heute Morgen durch Vorhalten eines Schlüssels einen Anfall bekommen. Auch jetzt wird durch dasselbe Mittel wieder ein Anfall ausgelöst. Pat. wankt, fällt zu Boden, brüllt, singt, schlägt um sich; er reisst seine Kleider auf, kommt aber bald wieder zu sich. Er schwizt stark und macht noch eine Zeit lang krampfhafte Bewegungen. Nachdem er den Anfall vollständig überstanden, giebt er an, er habe Schwindel bekommen, sonst wisse er von nichts; Schmerzen habe er nicht, aber er fühle sich schwach.

Status vom 3./VII. 90.

Pat. ist 24 Jahre alt, mittelgross, von kräftiger Muskulatur und starkem Knochenbau, mässigem Panniculus, gesunder Hautfarbe. Brustorgane normal, kein Fieber. In der Höhe des 12. Brustwirbels besteht eine druckempfindliche Stelle der Wirbelsäule, sonst sind keine Hyperästhesien zu bemerken.

Die rechte obere und untere Extremität ist schwächer als die entsprechende linke, auch findet sich in diesen Teilen eine geringe Herabsetzung der Sensibilität für Berührung, Schmerz- und Tastempfindung; der Muskelsinn ist vollkommen erhalten. In Gehör, Geruch und Geschmack lassen sich keine Abnormitäten nachweisen.

Bei stärkerem Druck auf den Scrobiculus cordis klagt Pat. über ein von dieser Gegend nach dem Kehlkopf aufsteigendes Gefühl der Beengung, gleichzeitig wird es ihm „duselig“ vor den Augen und er fühlt seine Schläfe pulsieren; wird der Druck länger fortgesetzt, so kommt es zu einem förmlichen Anfalle mit Schreien, Krämpfen u. s. w.

Die Perimetrie ergiebt keine bemerkenswerten Resultate, wenigstens nicht in Charcot'schem Sinne. Vielleicht ist das Gesichtsfeld für Weiss etwas eingeschränkt; die Begrenzungslinien für die Farbenscheiben liegen alle mehr oder weniger in einer Höhe, nur das

Gelb verbreitet sich an einigen Stellen über jenen Mittelstand.

Es besteht keine Ovarie. Ausser den spontanen und künstlichen erregenden Allgemeinkrämpfen treten auch einzelne in der linken Gesäss- und Oberschenkelmuskalatur auf. Pat. macht die Angabe, dass er manchmal den Urin unter Schmerzen lasse, manchmal ihn aber auch nicht halten könne, namentlich wenn er laut spreche oder lache.

Es sei bei dieser Gelegenheit bemerkt, dass Pat. zeitweise etwas locker gelebt, einmal auch eine Gonorrhœ acquiriert haben soll.

Am 7./VII. versuchte Prof. Jolly (nicht zum ersten Male) den Patient zu hypnotisieren. Zu Beginn der Hypnose zeigten sich die Symptome eines ausbrechenden Anfalls. Zittern über den ganzen Körper, Schweiss auf der Stirn, heftige Respiration, dann trat, wenn auch etwas unvollkommen, der hypnotische Zustand ein; doch gelang es ganz gut dem Schlafenden und zeitweise sogar Schnarchenden zu suggerieren, sein rechter Arm sei gelähmt; diese Lähmung hielt wenigstens für die Dauer des hypnotischen Schlafes an. Pat. bewegt auf Befehl den linken Arm, den rechten suchte er zu bewegen, doch gelang es ihm trotz aller Anstrengung nicht. Um auch die posthypnotische Wirkung der Suggestion zu erproben, wurde dem Kranken suggeriert, er werde morgen (am 8.) einen Anfall um 9 Uhr früh und in acht Tagen, genau um dieselbe Zeit, einen zweiten und letzten Anfall haben, dann werde er vollkommen gesund. — Als Pat. erwachte, klagte er nur über Ermüdungsgefühl im rechten Arm und behauptete, es sei ihm auf einmal schwer in den Augen und Gliedern geworden, dann sei er eingeschlafen.

Am andern Morgen klagte er spontan über Spannung im Kopfe, Druck in der Magengend und Constriction im Halse. Man war, da 9 Uhr bereits vorbei war, schon der Ansicht, dass die Symptome, über die der

Kranke klagte, vielleicht der Ausdruck eines nicht zum Ausbruche kommenden Anfalls seien, als kurz darauf, etwa 9 Uhr 15 Min., ein heftiger Anfall mit Schreien, Krämpfen, Niederstürzen etc. eintrat, dem in kurzen Intervallen 6 andere folgten. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die kurz sich folgenden Anfälle alle für einen einzigen grossen angesehen werden müssen, zumal da Pat. in der Zwischenzeit ziemlich verstört und unbesinnlich war.

Seit dieser Zeit fühlt sich Pat. äusserst wohl, hat auch einen viel munterern Ausdruck im Gesichte; seiner Mutter hat er anvertraut, er habe das unbestimmte Gefühl in sich, als ob er nächste Woche noch einen Anfall bekommen und dann gesund werden müsse; woher er es wisse, sei ihm selbst nicht klar, vielleicht habe es ihm Prof. Jolly gesagt, vielleicht habe er es auch blos geträumt. Ob nun die Suggestionen wirklich den günstigen Effect haben, ob er auf die Dauer von seinen Anfällen befreit sein wird, darüber kann erst die Zukunft entscheiden.

III.

Soweit das Material. Treten wir nun jener oben gestellten Frage näher: „Besteht ein Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Hysterie oder nicht?

Guinon[1]) zählt die bei der Entstehung der Hysterie in Frage kommenden ursächlichen Momente, die er agents provocateurs nennt, auf und erkennt als einzig berechtigte Ursache derselben die hereditäre Anlage an; alles übrige nennt er nur Gelegenheitsursachen.

[1]) Les agents provocateurs de l'hystérie, par G. Guinon. Paris 1889. Schm. Jahrb., Bd. 224.

Im Einzelfalle ist es ja allerdings schwer, die eigentliche, zur Krankheit prädisponierende Ursache von der den Ausbruch derselben hervorrufenden zu trennen, ausserdem kommen Fälle von Hysterie bei kräftigen jungen Männern vor, die keinerlei hereditäre Belastung, wie überhaupt keine zu nervöser Erkrankung disponierende Momente in der Anamnese aufweisen; gleichwohl wird man doch auch bei der männlichen Hysterie der hereditären Anlage in der Aetiologie die Hauptrolle zuerkennen müssen. Zeigen doch schon solche Individuen in früher Jugend und vor Ausbruch der eigentlichen Erkrankung Symptome aussergewöhnlicher Nervenreizbarkeit. Ein specieller Punkt scheint mir noch bei der Frage der Aetiologie, namentlich wenn wir die Fälle der neuen Zeit in Betracht ziehen, der Besprechung wert; ich meine das relativ häufige Vorkommen von Traumen, sei es psychischer oder physischer, als Ursachen der Hysterie beim Manne. Sollte darin vielleicht eine characteristische Differenz liegen? Ich glaube nicht; leicht lässt es sich durch die sociale Stellung des Mannes erklären, der als Handwerker oder Fabrikarbeiter oder in sonst welcher Stellung weit mehr solchen Traumen ausgesetzt ist als das Weib, das neben dem Fortpflanzungs-Geschäfte — Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Lactation — welches namentlich in den niedern Ständen bei der Aermlichkeit der Nahrung, der hygienischen Unzulänglichkeit der Wohnungen etc., eine entschieden aufreibende Wirkung äussern muss, durch die fortwährend auf sie eindringenden Schädlichkeiten des täglichen Lebens, durch Ueberhäufung mit Arbeit, endlich durch Kummer und Sorge, seinerseits weit mehr einer allmählichen Entwickelung des Leidens zum Opfer fallen wird. Es sind dies eben auch Traumen, nur ersetzen sie durch ihre Beharrlichkeit und stete Einwirkung, was ihnen an Heftigkeit und Plötzlichkeit abgeht.

Bei der Betrachtung der Einzelerscheinungen wenden

wir uns der Hyperästhesie zu. Sie kommt in allen Gebieten der Sinnesempfindungen vor und giebt sich in zahlreichen Fällen mehr weniger ausgeprägt durch Schmerz oder Neuralgie, oder auch durch eigentliche Hallucination kund. Wir finden sie im Gesicht als Lichtscheu, unter dem Bilde der subjectiven Lichterscheinungen, beim Gehörsinn als Verfeinerung der Gehörsempfindung, namentlich aber in Geruchs- und Geschmackssinn in Form starker Idiosnykrasien, wobei, wie Prof. Jolly in seiner Abhandlung über Hysterie [1]) sagt, zugleich die Fähigkeit wächst, die verabscheuten riechenden und schmeckenden Substanzen, auch wo sie in minimalster Quantität vorhanden sind, herauszufinden. Auch die Sensiblität zeigt i. d. R. eine bedeutende Steigerung, namentlich ist es die Schmerzempfindlichkeit, die sich meist an umschriebenen Stellen des Kopfes und Rumpfes, stark erhöht zeigt. Dies gilt nicht nur für die Haut, sondern auch für die tieferen Teile, denn nur so lässt sich das beim Mann als Ovarie bezeichnete Symptom erklären; auch die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, sowie die hysterischen Arthralgien gehören hierher.

Das Gegenstück zu diesen Hyperästhesien bilden die Hyp- und Anästhesien, die sehr häufig sensitivosensoriell sind, sämmtliche Gebiete der Sinnesempfindung betreffen. Wir erinnern uns, sie in Form von Hemianästhesien, sowie von über den ganzen Körper zerstreuten Anästhesien getroffen zu haben. Charcot legt namentlich grossen Wert auf die Störungen des Gesichtssinnes, zumal die Gesichtsfeldeinschränkung, weil die Kranken vor der Untersuchung nichts von ihr wissen und nicht übertreiben können. Nach ihm geht die Gesichtsfeldeinschränkung meistens concentrisch vor sich, so dass die Farbenempfindungen, die schon normaler Weise einen engen Gesichtskreis haben, am ersten verschwinden; doch komme zuweilen auch eine Anomalie vor, so zwar,

[1]) Ziemssens Handbuch B. XII., II. 2.

dass die Gesichtsfeldausdehnung für Rot, die sonst kleiner ist als die für Blau, grösser werde. Pathognomonisch können diese Symptome jedenfalls nicht genannt werden, dies beweist schon der Umstand, dass sie bei vielen entschieden Hysterischen nicht gefunden werden.

Die andern Sinne sind nicht verschont von ähnlichen Störungen; so kommen Hemianästhesien vor, die die Haut, wie Schleimhaut und Conjunctiva, ja selbst die tiefen Teile, Muskeln und Gelenke betreffen; dabei kann Geruch, Gehör und Geschmack der betreffenden Seite vermindert sein; kurz auf diesem Gebiete findet sich auch nicht das Geringste, was sich zum Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Hysterie anführen liesse.

Wie die Sensibilität, so kann auch die Motilität in entgegengesetzten Richtungen gestört sein, d. h. es können Lähmungen u. Contracturen auftreten. Bei oberflächlicher Betrachtung mag es vielleicht den Anschein haben, als ob hier nicht etwa ein qualitativer, wohl aber ein quantitativer Unterschied vorliege, als ob die Contracturen und Lähmungen der männlichen Hysterie etwa durch ihre Beständigkeit sich auszeichneten. Wie wenig durchgreifend dieser vermeintliche Unterschied ist, darauf macht Charcot schon in der Einleitung zur Besprechung der obencitierten 6 Fälle von männlicher Hysterie aufmerksam[1]); „Es giebt vor allem ein Vorurtheil, welches unzweifelhaft sehr viel dazu beiträgt, die Verbreitung richtiger Vorstellungen über die Hysterie beim Manne aufzuhalten und dieses besteht in der verhältnismässig falschen Anschauung, die man sich im allgemeinen über das Krankheitsbild dieser Neurose beim weiblichen Geschlecht gebildet hat. Beim Manne ist diese Krankheit in der That oftmals durch die Beständigkeit und Hartnäckigkeit der Symptome, die sie hervorruft, ausgezeichnet. Beim Weibe dagegen ist es die Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit, der rasche Wechsel

[1]) Charcot, l. c. S. 205.

der Erscheinungen, der als charakteristische Eigentümlichkeit der Hysterie betrachtet wird und jeder, der die Affection beim weiblichen Geschlechte nicht ganz gründlich kennt, wird sicherlich darin den wesentlichen Unterschied in dem Verhalten beider Geschlechter suchen. Indem man sich natürlicher Weise auf die bei den Weibern gemachten Beobachtungen stützt, lehrt man dann, dass bei der Hysterie die Symptome flüchtig und wechselvoll sind und dass der launenhafte Gang der Krankheit häufig durch die überraschendsten Verwandelungen der Scenerie unterbrochen wird.

Nun, meine Herren, diese Flüchtigkeit und Wandelbarkeit der Symptome ist durchaus kein allgemein giltiger Charackter der Hysterie, nicht einmal beim weiblichen Geschlecht, und ich habe Ihnen bereits zahlreiche Beispiele für das Gegenteil zeigen können.

Ja selbst bei Frauen giebt es Fälle von Hysterie mit lang andauernden, unwandelbaren, sehr schwer zu beeinflussenden Symptomen, die mitunter jeder ärztlichen Einwirkung Trotz bieten. Solche Fälle sind zahlreich, sehr zahlreich, wenn ich auch zugeben will, dass sie nicht das Gewöhnliche sind.“ Von den Lähmungen, die als Mono-, Para- und Hemiplegien vorkommen können, möchte ich noch erwähnen, dass sie auch beim Manne meistens gepaart sind mit partieller oder totaler Anästhesie der von der Lähmung betroffenen Gebiete — wir sehen nirgends auch nur eine Spur einer Differenz.

Es liegt die Vermutung nahe, dass die vasomotorischen und secretorischen Störungen, sowie die Störungen vonseiten innerer Organe dieselben Resultate bieten, und in der That finden wir auch beim hysterischen Manne abnorm geringe oder starke Füllung der Hautgefässe, Hyperhidrosis und Chromhidrosis, Blutungen aus innern Organen, Bluthusten, Blutbrechen, Erscheinungen von Polyurie, von Verdauungs- und Blasenstörungen. Was die krankhaften Erscheinungen in der Genitalsphäre betrifft, so schrieb man ihnen, wie in der

Einleitung schon bemerkt wurde, früher einen viel zu grossen Einfluss auf die Krankheit zu, man verwechselte eben Ursache und Wirkung. Soviel ist sicher; es kommen auch beim Manne Störungen derselben vor, Druckempfindlichkeit der Hoden, auch abnorm gesteigerter Geschlechtstrieb, Masturbation u. a. Wenn sie häufig fehlen, so kann dies nicht als eigentlicher Unterschied gelten; denn wieviele Fälle weiblicher Hysterie kommen vor, bei welchen auch nicht die geringste Störung der geschlechtlichen Function sich nachweisen lässt, ja, es sind sogar Fälle von solcher beschrieben [1]), bei welchen die betreffende Patientin überhaupt keinen Uterus und keine Scheide hatte.

Von dem psychischen Zustande der Hysterischen muss im wesenslichen dasselbe gesagt werden, was von den Lähmungen und Contracturen, überhaupt von den hysterischen Stigmata schon gesagt worden ist. Man hat speciell dem psychischen Zustande der Hysterischen einen wechselvollen und veränderlichen Character zugeschrieben. Namentlich haben dies Oppenheim und Thomson gethan; sie wollten in diesem launenhaften Wechsel ein Unterscheidungsmerkmal der Hysterie der Neurose gegenüber finden. Charcot, Jolly u. A. halten aber bekanntlich beide Krankheiten für identisch. Wie steht es dann mit jenen von O. und Th. mitgeteilten Fällen, die sich gerade durch die Beständigkeit ihrer Erscheinungen auszeichnen, mit jenen Fällen, in welchen die Patienten „deprimiert, dauernd melancholisch verstimmt sind und so ohne erheblische Schwankungen in dem oder jenem Sinne bleiben?“

Charcot erwidert darauf: „Ich hoffe ihnen zu beweisen, ... dass man vorzugsweise bei Männern die Depression und melancholische Verstimmung gerade in solchen Fällen beobachtet, die gewöhnlich den aus-

[1]) Ueber die Hysterie und den vermeintlichen Ausgangspunkt derselben vom Uterus etc. etc. L'Union 77 u. 78, 1856, Schm. Jahrb., Bd. 91.

gesprochensten und unzweideutigsten Stempel der Hysterie an sich tragen.“ Ja, man findet beim hysterischen Manne in der Regel nicht jene Launenhaftigkeit, jenen raschen Umschlag der Stimmung und des Characters, welcher gewöhnlich, durchaus nicht notwendig, der Hysterie beim Weibe zukommt.

Der Wechsel der Erscheinungen kann also beim Manne auch vorkommen und kommt thatsächlich gar nicht selten vor, andrerseits führt Charcot selbst 2 Fälle von weiblicher Hysterie mit hervorragender Constanz der Stigmata an. Es mag also ein gewisser Unterschied bestehen, so dass sich beim Manne die Symptome und namentlich auch der psychische Zustand häufiger durch grössere Beharrlichkeit auszeichnen wie beim Weibe, aber principiell ist er nicht. Eine ähnliche Differenz lässt sich auch bei den Anfällen, nicht bei den kleinen, sondern nur bei den grossen, hystero-epileptischen constatieren. Diese Hysterie à crises mixtes kommt allem Anscheine nach in Frankreich und speciell in Paris häufiger vor wie in Deutschland, und häufiger wieder beim weiblichen Geschlechte wie beim männlichen. Dass sie nicht allein beim weiblichen Geschlechte vorkommt, beweisen jene oben genannten 6 Fälle von männlicher Hysterie, in denen mehr oder weniger deutlich ausgesprochen die gleichen Anfälle, manchmal mit Ueberspringung von ein oder zwei Phasen, vorkommen. Vielleicht darf ich auch auf den aus hiesiger Klinik mitgeteilten Fall von Hysterie bei einem 24jährigen Manne hinweisen, bei welchem einige Zeit nach Beginn der Krankheit ebenfalls grosse Anfälle auftraten. Wenn man die Beschreibung der Anfälle hört, gelingt es ohne grosse Mühe 3 Perioden in denselben zu finden, die den drei ersten der vier Charcot'schen Phasen genau entsprechen. Dass ich bei Aufnahme der Anamnese die strengste Objectivität bewahrt habe, habe ich schon bei Beschreibung des Falles betont.

Wir haben nun im einzelnen die 4 constituierenden Erscheinungen des Genauern besprochen; wir haben gesehen, dass alle Symptome, wie sie seit Langem schon beim hysterischen Weibe beobachtet wurden, auch der männlichen Hysterie zukommen, mussten aber andrerseits zugeben, dass einzelne Erscheinungen, so die Beharrlichkeit einzelner Stigmata, so auch das Auftreten der grossen Anfälle, gewisse Unterschiede hinsichtlich des häufigeren oder selteneren Bestehens bei beiden Geschlechtern aufwiesen; dass diese Unterschiede keine wesentlichen sind, wurde verschiedene Male hervorgehoben. Aus den Einzelerscheinungen setzt sich das Gesammtkrankheitsbild zusammen; in diesem kann sich dann allerdings durch Vorwiegen oder Zurücktreten jener Einzelheiten eine Verschiedenheit manifestieren, doch erlauben solche auf unwesentlichen Merkmalen beruhende Differenzen, das ist klar, keine principielle Scheidung zwischen männlicher und weiblicher Hysterie.

Ich komme also zum Schlusse: die männliche Hysterie gleicht in ihren wesentlichen Erscheinungen durchaus der weiblichen, und wir sind nicht im Stande, ein allgemein gültiges Krankheitsbild von der männlichen Hysterie zu entwerfen, das irgend ein characteristisches Unterscheidungsmerkmal der weiblichen Hysterie gegenüber aufweisen könnte.

Zum Schlusse bleibt mir noch übrig, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Jolly für die mir in reichlichstem Masse gewährte Anregung und Unterstützung, sowie Herrn Professor Dr. Fürstner für die gütige Uebernahme des Referats meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Ebenso fühle ich mich Herrn Dr. Gierlich für die freundliche Hilfe, die er mir bei Untersuchung des Kranken und Aufnahme der Krankengeschichte leistete, zu grossem Danke verpflichtet.